

MEMOIRES ORIGINAUX

I

SEROTHERAPIE DANS L'OZÈNE

Par **E. LOMBARD**, interne des Hôpitaux.

Travail du laboratoire et de la clinique oto-laryngologique de l'Hôpital Lariboisière.

Après les recherches récentes sur la bactériologie de l'ozène et les essais de traitement sérothérapique tentés par les observateurs italiens, on multiplia les expériences dans la voie qui venait d'être indiquée. D'une façon générale, on peut dire qu'à l'heure actuelle les conclusions des différents auteurs ne sont pas concordantes et ne paraissent pas très favorables à la méthode. Si l'on excepte en effet les observations relatées par Molinié (de Marseille) la sérothérapie ne semble avoir donné jusqu'à présent que des succès médiocres. L'un des promoteurs de ce mode de traitement, M. le Prof. Gradenigo (de Turin) a dit dans une communication à l'Académie royale de médecine de Turin (février 1897) : « les expériences effectuées jusqu'ici permettent de conclure que le traitement antidiphthérique fournit certainement de bons résultats, mais que la plupart du temps ceux-ci sont de nature transitoire et que les accidents reparaissent sitôt la cessation du traitement ».

Au mois de mars 1897 notre excellent maître, M. le Dr Gouguenheim, nous a conseillé, et a bien voulu nous permettre de poursuivre et de compléter des recherches déjà entreprises à sa clinique de l'hôpital Lariboisière quelques mois auparavant.

C'est le résultat de ces expériences et les déductions que nous avons cru pouvoir en tirer que nous exposons ici. Nos observations sont résumées et nous n'en avons extrait que les points intéressants.

Cliniquement, deux grands symptômes dominent en quelque sorte la pathologie de l'ozène vrai, atrophiant : la fétidité et la présence de croûtes plus ou moins abondantes qui encombrant les fosses nasales et nécessitent de la part des malades des efforts d'expulsion très violents pour s'en délivrer. Tout traitement qui fera disparaître ces deux symptômes ou même qui assurera une rémission de longue durée pourra et devra être pris en sérieuse considération.

On a dit, avec juste raison, que tous les traitements dirigés contre l'ozène atrophiant réussissent en général contre ces deux symptômes. Les simples lavages, agissant par action mécanique, débarrassent le malade de ses croûtes et font disparaître la fétidité. Mais l'ozéneux est condamné aux lavages. Aussi prolongés qu'ils soient, on n'observe guère, du moins chez les adolescents, de modification durable dans l'état de la muqueuse ; il est de notion courante qu'une interruption même très courte remet toutes choses en l'état. Les lavages ne sont donc considérés que comme un traitement palliatif. C'est peut-être le moins mauvais de tous.

Quel que soit l'avenir de la méthode sérothérapique, il nous a paru que si l'on ne peut en attendre encore des effets absolument définitifs, du moins elle fait disparaître très rapidement chez presque tous les malades l'un des symptômes les plus pénibles, la fétidité.

Combien de temps durent les résultats acquis, c'est ce qu'il nous semble difficile d'établir actuellement d'une façon catégorique, les expériences entreprises étant encore trop récentes pour pouvoir nous prononcer à ce sujet. Mais nous avons eu l'occasion de revoir, après la cessation de tout traitement, des malades chez lesquels les succès obtenus persistent encore. Notons qu'aucun autre traitement (irrigations, nitrate d'argent, chlorure de zinc) n'avait encore assuré chez eux une rémission aussi longue.

Nous avons pratiqué l'examen bactériologique des sécrétions chez tous nos malades en traitement, et nous ne nous sommes adressés qu'à des ozéneux vrais. Chez tous, nous avons rencontré le coccobacille de Lœwenberg. Quant au bacille de Bel-fanti nous l'avons trouvé deux fois seulement.

Nous avons recherché les deux microbes les plus habituels de l'ozène par l'examen direct, après coloration d'une parcelle de mucus prise sur le cornet moyen et par les cultures. Dans presque tous les cas l'examen direct est parfaitement suffisant et permet de constater rapidement et avec précision la présence ou l'absence des deux bacilles.

En prévision des accidents possibles, accidents graves et même mortels qui ont été signalés à la suite de l'emploi du sérum de Roux, nous avons pratiqué au préalable l'examen organique complet de nos malades. Nous examinâmes les urines (recherche de l'albumine) après chaque injection.

Les injections ont été faites dans la paroi abdominale en observant les règles de la stricte antisepsie. Nous n'avons d'ailleurs jamais constaté d'accident imputable à une faute opératoire. Les seuls accidents signalés sont dus à la pénétration de l'antitoxine diphthérique dans l'organisme.

Enfin nous avons interdit à nos malades tout lavage, toute irrigation, afin d'observer les effets du traitement dans toute leur pureté.

Nous diviserons nos observations en plusieurs catégories. Quelques malades ont retiré du traitement un bénéfice immédiat considérable et chez deux d'entre eux les résultats acquis se sont maintenus trois mois après la cessation de tout traitement. La fétidité n'a pas reparu mais les croûtes persistent et l'état local ne s'est pas profondément modifié. Nous présentons ici ces deux observations.

Javel... Valentine, 16 ans. Accuse de la fétidité depuis quatre ans. Croûtes abondantes, pas d'épistaxis, céphalalgie fréquente.

Rougeole à 2 ans et demi, pas d'autres maladies. Pas d'ozéneux dans la famille.

12 mars 1897. — Examen rhinoscopique. Croûtes abondantes remplissant les fosses nasales. Après nettoyage complet on voit les cornets inférieurs et moyens pâles et atrophiés. L'atrophie porte surtout sur le cornet inférieur gauche. Rien au larynx. Pharyngite sèche. Amygdales petites.

Examen bactériologique. On fait quatre lamelles. Deux sont colorées au violet de gentiane. Deux autres traitées par le Gram. On voit en abondance le coccobacille de Læwenberg encapsulé,

et dans les parties épaisses de la préparation le bacille de Belfanti et della Vedova.

Le malade a subi déjà différents traitements. Les lavages boricués seuls amènent l'atténuation de l'odeur à la condition d'être rigoureusement continués.

Le traitement sérothérapique est commencé le 14 mars. Les 14 et 16 mars on injecte 5 centimètres cubes de sérum, chaque fois sous la paroi abdominale.

19 mars. — 5 centimètres cubes. Le malade accuse une diminution de l'odeur signalée par son entourage.

21 mars. — La précédente injection a déterminé l'apparition d'un érythème scarlatiniforme de la région abdominale, peu étendu. Céphalalgie, quelques douleurs lombaires. Rien dans les urines. On ne fait pas d'injection.

24 mars. — L'amélioration persiste, mais les croûtes sont toujours abondantes, 5 centimètres cubes de sérum.

26 mars. — Les accidents généraux ont complètement disparu, 5 centimètres cubes.

28 mars. — 5 centimètres cubes. Diminution de l'odeur.

Les 30 mars, 2 avril et 4 avril, on injecte 5 centimètres cubes de sérum.

Le 7 avril, 5 centimètres cubes. L'odeur a disparu complètement.

On fait encore des injections de 5 centimètres cubes les 9 avril, 11, 21 et 23.

On note le 23, la présence d'une adénite inguinale gauche. Les ganglions sont un peu durs et douloureux.

Le 5 mai, dernière injection. Le malade quitte la clinique.

Résumé. — On a fait 16 injections de 5 centimètres cubes chacune. Une quantité totale de 80 centimètres cubes de sérum a donc été employée.

Vers la quatrième injection la réaction générale s'est manifestée par de la céphalalgie, quelques douleurs lombaires. Rien dans les urines.

La fétidité s'est atténuée dès la quatrième injection et a complètement disparu à la onzième.

Le 12 juillet nous avons eu l'occasion de revoir le malade. L'odeur n'a pas reparu. Les croûtes sont un peu moins abondantes qu'avant le commencement du traitement ; mais elles persistent.

La muqueuse est lisse, les cornets moyens restent un peu tuméfiés.

En définitive, disparition de la fétidité qui ne s'est pas manifestée de nouveau, peu de modification dans l'état local.

Lamb... Léon, 13 ans et demi, chaudronnier, accuse de la fétidité signalée par son entourage depuis deux ans environ. Plusieurs fois il fut congédié des maisons qui l'employaient à cause de la mauvaise odeur. Pas de céphalalgie, pas d'épistaxis.

Rougeole à 3 ans. Scarlatine à 6 ans. Pas d'ozéneux dans la famille.

12 mars 1897. — Examen rhinoscopique : à gauche et à droite croûtes nombreuses et sèches dans toutes les fosses nasales. Après le lavage on trouve à gauche une atrophie très prononcée du cornet inférieur un peu moins accentuée au niveau du cornet moyen ; à droite les lésions sont plus marquées ; le cornet inférieur est réduit à une mince bandelette : la fosse nasale très élargie laisse facilement apercevoir le cartilage de la trompe. Rien au larynx. Amygdales très petites.

Examen bactériologique : L'examen direct sans culture, après coloration au violet de gentiane aniliné d'une parcelle de mucus recueillie sur le cornet moyen gauche, montre avec netteté des coccobacilles de Lœvenberg, en grand nombre, les uns avec leurs capsules, les autres paraissant en être dépourvus. Deux autres lamelles sont traitées par le Gramm et permettent de reconnaître un bacille présentant les caractères de celui qui a été signalé par Belfanti et della Vedova.

Le malade a déjà subi plusieurs traitements. (Irrigations nasales phéniquées et boriquées, badigeonnages au nitrate d'argent, attouchement au chlorure de zinc). La fétidité reparait dès que les irrigations sont suspendues.

Début du traitement le 14 mars. On supprime tout lavage et tout traitement local. Rien dans les urines ; 5 centimètres cubes de sérum sont injectés dans la paroi abdominale.

16 mars. — 5 centimètres cubes. Le malade accuse un peu de céphalalgie à la suite de la première injection.

21 mars. — Pas d'injection. On observe autour du point d'injection un érythème scarlatiniforme peu étendu. Céphalalgie.

24 mars. — Les accidents précédents ont disparu. On reprend les injections : 5 centimètres cubes. L'odeur a disparu en grande partie. Mais les croûtes persistent. Epistaxis.

26 mars. — 5 centimètres cubes. Diminution considérable de la fétidité. Les croûtes se détachent plus facilement. A l'examen la muqueuse paraît plus lisse et plus humide.

28 mars. — La précédente injection a déterminé un très léger érythème, localisé autour du lieu d'injection, 5 centimètres cubes de sérum injecté.

30 mars. — 5 centimètres cubes de sérum, l'amélioration continue.

2 avril. — 5 centimètres cubes. Rien à noter.

4 avril. — 5 centimètres cubes. L'odeur a disparu tout à fait. Epistaxis hier.

7 avril. — Le malade se déclare guéri et demande la suppression du traitement. Il mouche toujours des croûtes, mais elles se détachent facilement; 5 centimètres cubes de sérum injectés.

9 avril. — 5 centimètres cubes de sérum injectés.

Le malade ne peut revenir à la consultation. L'examen montre les cornets moyens des deux côtés plus volumineux qu'au début du traitement. La muqueuse est rouge, lisse, humide.

Le 11 juillet nous revoyons notre malade. L'odeur n'a pas reparu. Il se plaint seulement de la persistance des croûtes, il est obligé, dit-il, de faire une irrigation nasale tous les quatre ou cinq jours pour s'en débarrasser.

Du côté droit la muqueuse est humide et le cornet moyen paraît toujours un peu volumineux. Le cornet inférieur est bien visible. Même aspect à gauche.

Résumé. — Le malade n'a eu que neuf injections de 5 centimètres cubes chacune, soit 45 centimètres cubes de sérum.

L'odeur a disparu et la disparition persistait trois mois après la suspension du traitement.

Nous n'avons noté comme accident qu'un peu de céphalalgie et un érytème scarlatiniforme autour du lieu d'injection.

Chez d'autres malades, les résultats immédiats ont été excellents, tout au moins en ce qui concerne la disparition de l'odeur. Les croûtes existent toujours, mais on note une tuméfaction notable des cornets moyens et de la muqueuse. Chez l'un de nos malades, C... Jules, la réaction générale a été violente et paraît avoir précédé presque immédiatement la disparition de l'odeur. Ces malades n'ont pas été revus ou ne l'ont été qu'au bout de trop peu de temps pour qu'il soit possible de se prononcer sur la persistance des résultats obtenus.

Math... Eugénie, 22 ans. Fétilité datant de longtemps. Depuis plusieurs années la malade mouche des croûtes, la voix est fa-

cilement enrôlée. Maux de tête. Quelques épistaxis. Une sœur aurait été atteinte de la même affection.

Examen rhinoscopique. — Muqueuse pâle atrophiée, surtout à gauche, croûtes abondantes en arrière, les cornets moyens des deux côtés sont atrophiés, les cornets inférieurs réduits à des bandelettes.

Examen bactériologique. — Coccobacille de Lœwenberg et bacille de Belfanti. Cocci vulgaires.

Début du traitement le 2 avril. On injecte 5 centimètres cubes de sérum de Roux. Les 4, 7 et 9 avril on injecte chaque fois la même dose après la dernière injection la réaction générale se manifeste. Elle est marquée par de l'agitation nocturne, un peu de fièvre (38 degrés) et de la céphalalgie.

21 avril. — Injection de 5 centimètres cubes; deux jours après, le 22, le malade se plaint de démangeaisons violentes et nous montre une éruption occupant le tronc et les membres et tout à fait analogue à des papules d'urticaire. En même temps céphalalgie, un peu de fièvre (37,8 degrés). Ces accidents durent quatre ou cinq jours et disparaissent sans laisser de trace. L'odeur a considérablement diminué.

23 avril. — 5 centimètres cubes de sérum, un peu d'arthralgie (articulations des genoux). L'odeur continue à s'atténuer.

Du 25 avril au 20 juin les injections sont continuées régulièrement, sans accidents.

Résumé. — La malade a reçu 110 centimètres cubes de sérum en 24 injections. Les phénomènes généraux ont apparu à la quatrième et à la cinquième injection. Ils ont consisté en céphalalgie, éruption ortiée, un peu de fièvre. Quelques douleurs articulaires sont aussi notées. Les résultats sont les suivants : L'odeur a commencé à disparaître après l'apparition des troubles généraux et n'existait plus le 20 juin à la fin du traitement. On s'est abstenu de tout lavage. La muqueuse est rouge, tuméfiée, les croûtes, dit la malade, sont moins abondantes et se détachent plus facilement.

Nous revoyons notre malade le 19 juillet, c'est-à-dire un mois après la fin du traitement. L'odeur n'a pas encore reparu, mais les croûtes persistent. La muqueuse a le même aspect, sans hypertrophie notable des cornets moyens.

Col... Pauline, 17 ans. — Fétidité depuis l'enfance. Croûtes abondantes. Quelques épistaxis. La malade ne donne que peu de renseignements sur le début de son affection. Elle aurait,

dit-elle, dans l'enfance, mouché très abondamment avant l'apparition de la fétidité. Pas de maladies infectieuses. — Pas d'ozéneux dans la famille.

21 mars 97. — Examen : On note une atrophie très marquée des deux cornets inférieurs. Les cornets moyens paraissent, au contraire, un peu hypertrophiés. Croûtes très nombreuses. Muqueuse sèche et pâle. Rien au pharynx ni au larynx.

Examen bactériologique. — L'examen d'une parcelle de mucus colorée au violet de gentiane aniliné montre des coccobacilles de Læwenberg en abondance. Par la méthode de Gramm on découvre facilement des amas de bacilles de Belfanti. Il paraît donc s'agir d'un cas d'ozène vrai, atrophiant, caractérisé, outre l'aspect objectif, par la présence des deux microbes.

Début du traitement le 21 mars. On injecte 5 centimètres cubes de sérum dans la paroi abdominale.

24 mars. — 5 centimètres cubes de sérum. Epistaxis légère à la suite de la précédente injection.

26 mars. — 5 centimètres cubes de sérum. L'odeur commence à diminuer. Epistaxis.

28 mars. — 5 centimètres cubes injectés. L'odeur a presque disparu.

30 mars. — 5 centimètres cubes injectés.

2 avril. — A la suite de la précédente injection la malade se plaint de quelques douleurs articulaires plus fortes aux articulations des genoux. Un peu d'érythème autour du point d'injection. On n'injecte pas de sérum jusqu'au 9 avril.

Le traitement est poursuivi les 9, 14, 25 avril. On injecte chaque fois 5 centimètres cubes de sérum. La dernière injection est suivie de nouveau de l'apparition d'arthralgies sans tuméfaction et surtout localisées aux genoux.

28 avril. — 5 centimètres cubes sont injectés ainsi que les 30 avril et 2 mai.

Le 7 mai, on injecte 10 centimètres cubes.

14 mai. — Injection de 5 centimètres cubes.

On continue à injecter 5 centimètres cubes chaque fois les 17, 19, 24, 24 et 28 mai. Le traitement est poursuivi pendant le mois de juin. On fait six injections de 5 centimètres cubes chaque. Il n'y a plus d'odeur quand la malade quitte la clinique.

Résumé. — Il a été fait 5 injections du 21 mars au 16 juin. La quantité totale de sérum injectée est de 120 centimètres cubes.

A la sixième injection la réaction générale s'est manifestée par des arthralgies localisées aux articulations des genoux, s'ac-

compagnant d'érythème, sans tuméfaction de l'article. L'érythème est circonscrit du côté de l'extension.

L'odeur commence à diminuer à la troisième injection pour disparaître ensuite à peu près complètement. Il n'y a pas eu de lavages pendant toute la durée du traitement. Les croûtes persistent mais moins abondantes. La sécrétion paraît plus fluide.

La malade est examinée à la fin du traitement. Les cornets moyens des deux côtés sont tuméfiés. La muqueuse est rouge, lisse, luisante. Les cornets inférieurs ont aussi subi un certain degré de gonflement. D'une façon générale toute la muqueuse a un aspect qui rappelle l'apparence de la muqueuse normale. On aperçoit sur le cornet moyen du côté droit quelques taches hémorrhagiques.

Audeb... Mélanie, 19 ans ; la fétidité date de plusieurs années. Céphalalgie fréquente ; pas d'épistaxis. Pas de maladies infectieuses dans l'enfance, pas de rougeole ni de diphthérie.

L'examen du nez permet de constater une atrophie très marquée des cornets inférieurs et du cornet moyen du côté droit. Les croûtes sont abondantes et remplissent les fosses nasales. Fétidité très accentuée.

L'examen bactériologique d'une parcelle de mucus prise sur le cornet moyen droit permet de reconnaître par l'examen direct le cocco-bacille de Löwenberg encapsulé, des formes du même microbe non encapsulé, et en traitant par le Gram, le bacille de Belfanti. On aperçoit aussi des cocci en assez grand nombre.

Il s'agit d'un ozène vrai ou atrophiant.

On commence le traitement le 28 mars 1897. Le 28 mars, le 4 avril et le 11 avril on injecte chaque fois 5 centimètres cubes de sérum de Roux dans la paroi abdominale. Après l'injection suivante (20 avril, 5 centimètres cubes). Nous observons un peu de douleur dans les articulations des genoux, sans gonflement ni érythème. On note aussi de la céphalalgie. Rien dans les urines.

22 avril. — 5 centimètres cubes ; douleurs dont les articulations du cou de pied gênant un peu la marche. Rien dans les urines.

25 avril. — L'arthralgie persiste aux genoux. — 5 centimètres cubes.

30 avril. — Les phénomènes articulaires et généraux ont disparu ainsi que la céphalalgie. 5 centimètres cubes de sérum.

Du 5 mai au 30 juin on pratique tous les deux ou trois jours

des injections de sérum au nombre de 13, chacune de 5 centimètres cubes. L'odeur très atténuée au commencement du mois a disparu complètement vers la fin du traitement, le 30 juin.

Résumé. — La malade a reçu vingt injections; soit une quantité totale de 103 centimètres cubes.

A la quatrième injection, la réaction s'est manifestée par des douleurs articulaires localisées aux genoux et aux coudes de pied; pas d'érythème; un peu de céphalalgie; rien dans les urines.

L'odeur a diminué sensiblement vers le milieu du traitement et a disparu quand la malade quitte la clinique. Les croûtes persistent aussi abondantes qu'auparavant, mais (la sécrétion est un peu plus fluide), leur élimination paraît plus facile. Néanmoins la malade est obligée de temps en temps de faire un lavage pour s'en débarrasser.

A l'examen la muqueuse est rouge, vascularisée, les cornets moyens tuméfiés. On aperçoit encore des croûtes abondantes surtout dans la partie postérieure des fosses nasales.

C... Jules, 30 ans. L'affection paraît avoir débuté il y a deux ou trois ans. Depuis longtemps le malade se plaignait de rhumes fréquents. Il mouchait beaucoup, dit-il. La fétidité ne date que de deux ans, de même que l'apparition des croûtes. Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'ozéneux dans la famille. Depuis deux ans il a recours aux irrigations nasales quotidiennes. La suppression des irrigations entraîne immédiatement le retour de la fétidité en même temps qu'une gêne considérable.

Examen du nez. — Atrophie des deux cornets inférieurs et du cornet moyen du côté gauche. Croûtes très abondantes surtout à gauche. Pharyngite sèche, amygdales petites.

Examen bactériologique. — On trouve en abondance le coccobacille de Löwenberg encapsulé ainsi que des formes non encapsulées. Le bacille de Belfanti est rare. Cocci vulgaires en grand nombre.

Début du traitement le 28 mars. — On injecte 5 centimètres cubes de sérum dans la paroi abdominale gauche. Suppression des lavages. Rien dans les urines.

30 mars. — Nouvelle injection de 5 centimètres cubes. Cette injection est suivie d'un peu de céphalalgie.

4 avril. — 10 centimètres cubes de sérum. Le soir, courbature, tremblement. Douleurs dans les genoux. Il est forcé de s'arrêter. Ces phénomènes se dissipent rapidement. L'odeur a presque complètement disparu et malgré les phénomènes géné-

raux réactionnels très intenses qui ont marqué le début du traitement, il réclame une nouvelle injection. Rien dans les urines.

7 avril. — Reprise du traitement; 10 centimètres cubes.

9 avril. — 10 centimètres cubes. Le lendemain on observe un peu d'érythème des avant-bras et de la face dorsale des poignets. L'odeur a disparu tout à fait. Deux jours après les douleurs articulaires réapparaissent très intenses aux coudes et aux genoux. Courbature, douleurs lombaires. L'urine est examinée avec soin. On n'y trouve pas d'albumine. Le malade garde la chambre et on suspend le traitement jusqu'au 21 avril.

21 avril. — L'odeur n'a pas reparu malgré la suppression du traitement mais les croûtes persistent. On injecte 10 centimètres cubes de sérum.

23 avril. — Douleurs dans les articulations du poignet gauche. 5 centimètres cubes de sérum.

5 mai. — Le traitement a été supprimé depuis le 23 avril à cause des phénomènes articulaires. L'odeur s'est manifestée de nouveau, peu accentuée toutefois. On injecte 10 centimètres cubes.

Du 7 au 30 mai on injecte en neuf fois 90 centimètres cubes de sérum, sans voir apparaître aucun phénomène réactionnel. Le 30 mai le malade quitte la clinique. L'odeur est à peine sensible mais les croûtes persistent toujours et pour s'en débarrasser il est obligé d'avoir recours de loin en loin aux lavages (tous les cinq ou six jours).

Résumé. — Le malade a reçu en dix-sept injections 155 centimètres cubes de sérum.

Les phénomènes généraux ont apparu dès la deuxième injection. Ils se sont montrés assez intenses pour obliger le malade à suspendre son travail et ont consisté en courbature violente, douleurs lombaires et articulaires, érythème des avant-bras; à aucun moment les urines n'ont été albumineuses.

Les résultats obtenus sont les suivants: l'odeur très atténuée dès la quatrième injection a entièrement disparu à la fin du traitement. Les croûtes persistent aussi abondantes.

L'examen rhinoscopique montre la muqueuse plus rouge, plus vasculaire et hyperhémisée. Les cornets moyens sont tuméfiés et du côté droit on aperçoit même une petite tache hémorrhagique. Mais les croûtes sont abondantes des deux côtés.

Le malade n'est pas revenu depuis le 30 mai.

Mauric... Renée, 15 ans et demi. La fétidité aurait apparu il y a deux ans. Croûtes très abondantes. Jamais d'épistaxis ni de

maux de tête. Rougeole à quatre ans. Pas d'autres maladies depuis cette époque.

Examen rhinoscopique. — Atrophie très marquée des deux cornets inférieurs. Les fosses nasales très agrandies permettent d'apercevoir les cartilages tubaires.

Examen bactériologique. — Coccobacilles de Löwenberg très abondants. Formes encapsulées et non encapsulées. Bacilles de Belfanti et Della Vedova très nettement visibles et bien définis en traitant la préparation par le Gramm. Il s'agit d'un cas d'ozène vrai atrophiant, bien caractérisé au double point de vue anatomique et bactériologique.

Le traitement est commencé le 2 mai est poursuivi sans interruption du 2 mai au 7 juillet. On fait vingt injections de 5 centimètres cubes chacune.

La réaction générale se manifeste à la sixième injection par de la céphalalgie et quelques douleurs dans les articulations des genoux. Ces accidents se dissipent rapidement et l'odeur diminue dès la huitième injection. Les croûtes persistent mais la sécrétion paraît plus fluide, ce qui facilite leur élimination. Nous notons deux épistaxis légères survenues l'une après la quinzième, l'autre après la dix-septième injection.

Résumé. — Peu de phénomènes réactionnels généraux. Diminution de la fétidité qui a disparu le 7 juillet quand on cesse le traitement. Les croûtes n'ont pas disparu. L'examen montre la muqueuse rouge, humide, et les cornets tuméfiés. On aperçoit une tache hémorragique sur le cornet moyen du côté droit. Quelques croûtes surtout dans la partie postérieure des fosses nasales.

La malade a quitté la clinique le 7 juillet. Nous la revoyons le 16 juillet. Les résultats persistent, l'odeur n'a pas reparu.

Dub... Lucie, 12 ans et demi. Fétidité datant de 4 ans. Croûtes abondantes, quelques épistaxis. Rougeole à 3 ans. Pas de diphthérie. Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'ozéneux dans la famille.

Examen rhinoscopique. — L'atrophie porte surtout sur les cornets inférieurs. Les cornets moyens sont un peu tuméfiés. La muqueuse est pâle. A droite croûtes desséchées en abondance, surtout en arrière. A gauche la sécrétion est plus fluide et les croûtes paraissent en moins grande quantité.

Examen bactériologique. — L'examen direct après coloration permet de reconnaître très facilement le coccobacille de Löwenberg. Le bacille de Belfanti existe mais beaucoup moins abondant. Nombreux cocci vulgaires.

Début du traitement le 25 avril 1897. On injecte 5 centimètres cubes dans la paroi abdominale. Les 28-30 avril et 5 mai injection de 5 centimètres cubes chaque fois. Les phénomènes réactionnels généraux se montrent après la deuxième injection. Ils sont très atténués et consistent en céphalalgie légère et courbature peu intense.

On interrompt le traitement jusqu'au 19 mai. L'odeur s'atténue ; la sécrétion est plus fluide et les croûtes un peu moins abondantes. Du 19 mai au 23 juin, on pratique neuf injections de sérum. L'odeur a presque complètement disparu. La malade quitte la clinique avant la fin du traitement.

Résumé. — On a injecté en treize fois 65 centimètres cubes de sérum.

Les phénomènes réactionnels généraux ont apparu après la cinquième injection. L'odeur très atténuée a complètement disparu à la fin du traitement. Nous n'avons pas revu la malade depuis le 23 juin.

Dant... Maurice, 10 ans et demi. La fétidité date de 3 ans. Le malade mouche beaucoup. Sécrétion épaisse, verdâtre, fétide. Souvent la sécrétion diminue et se concrète en croûtes. Pas de rougeole. Pas de diphthérie. Fièvre typhoïde à 6 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni d'ozéneux dans la famille.

Examen rhinoscopique. — Les fosses nasales sont encombrées de croûtes, quand le malade se présente à l'examen. Après nettoyage soigneux on trouve une atrophie très nette du cornet inférieur du côté gauche. Le cornet moyen n'est pas atrophié. A droite l'atrophie est moins avancée, la muqueuse plus rouge.

Examen bactériologique. — Coccobacille Læwenberg et bacille de Belfanti. Le malade a déjà subi plusieurs traitements locaux, (nitrate d'argent, naphtol camphré). Actuellement il s'en tient aux lavages avec de l'eau salée.

Début du traitement, 28 avril. On injecte 5 centimètres cubes. Le 14 mai, après la cinquième injection, le malade se plaint de céphalalgie et de courbature. — 38° le soir. Ces accidents durent deux jours. Le traitement est repris le 19 mai. Démangeaisons et fourmillements. Du 19 mai au 2 juillet on fait onze injections de sérum de 5 centimètres cubes. Le malade vient d'ailleurs irrégulièrement à la clinique.

L'odeur qui s'est atténuée à partir de la septième injection n'a pas entièrement disparu à la fin du traitement mais elle est à peine perceptible, nous dit la mère.

Résumé. — On a injecté 180 centimètres cubes de sérum en seize fois.

Les phénomènes réactionnels généraux ont été peu accentués. L'atténuation de la fétidité a suivi leur apparition. L'odeur n'est presque plus perceptible. Quand le malade quitte la clinique, la sécrétion est moins abondante.

A l'examen rhinoscopique, on ne trouve plus les fosses nasales remplies de mucus grisâtre comme au début du traitement. La muqueuse est rouge. Les cornets moyens tuméfiés très volumineux viennent au contact de la cloison :

Gaud... Elodie, 26 ans : Affection datant de plusieurs années. La fétidité est très accentuée, croûtes très abondantes.

Examen rhinoscopique. — Cornets inférieurs atrophiés des deux côtés. Le cornet moyen gauche est très atrophié. Celui du côté droit ne présente pas des lésions aussi avancées. Pharyngite sèche.

Examen bactériologique. — Coccobacilles de Lœwenberg et bacilles de Belfanti très facilement reconnaissables.

Commencement du traitement le 29 mars. On injecte 5 centimètres cubes de sérum de Roux. On supprime tout lavage.

30 mars. — 5 centimètres cubes. Céphalalgie à la suite de la dernière injection.

2 avril. — 5 centimètres cubes.

7 avril. — Depuis hier la malade a remarqué l'apparition d'un érythème scarlatiniforme des avant-bras et des jambes. Peu de douleur à la pression des articulations. Céphalalgie. On ne note pas de modification notable dans l'odeur. Suspension momentanée du traitement jusqu'au 21 avril.

23 avril. — 5 centimètres cubes. Douleur dans les genoux et les coudes. La fétidité commence à diminuer.

28 avril. — Amélioration très rapide. Les phénomènes réactionnels généraux ne se sont plus manifestés.

30 avril. — L'amélioration continue. On injecte toujours 5 centimètres cubes. La même dose est injectée chaque fois du 2 mai au 16 juin.

A la fin du traitement l'odeur a entièrement disparu.

Résumé. — La malade a reçu 125 centimètres cubes de sérum en 25 injections. Les phénomènes généraux ont apparut de très bonne heure, à la quatrième injection et ont consisté en érythème des avant-bras et des jambes puis quelques douleurs articulaires qui se sont montrées à la sixième injection quand

on a repris le traitement. Il est à remarquer que la fétidité n'a commencé à s'atténuer qu'après l'apparition de ces phénomènes. Le 17 mai il n'y a plus de fétidité appréciable.

La malade quitte la clinique le 16 juin. Guérison complète de la fétidité. Les croûtes persistent moins abondantes et s'éliminant plus facilement.

A l'examen rhinoscopique, la muqueuse apparaît rouge, vasculaire et très tuméfiée au niveau surtout des cornets moyens. Nous n'avons pas revu notre malade depuis le 16 juin. Il est impossible d'affirmer que l'amélioration se soit maintenue.

Nous présenterons les observations de quatre malades chez lesquels les phénomènes réactionnels généraux ont été très atténués. Les résultats acquis consistent en une simple amélioration. Les croûtes existent toujours. La fétidité s'est atténuée mais n'a pas disparu d'une façon définitive.

Lecomt... Berthe, 13 ans, fétidité et croûtes depuis deux ans. Pas de maux de tête ou d'épistaxis. La fétidité a été précédée d'une période pendant laquelle la malade mouchait très abondamment.

Examen rhinoscopique. — Aspect vulgaire des fosses nasales ozéneuses. Atrophie des deux cornets inférieurs, à droite le cornet moyen est très atrophié.

Examen bactériologique. — Coccobacille de Læwenberg et bacille de Belfanti. Commencement du traitement le 21 avril. On injecte régulièrement 5 centimètres cubes de sérum jusqu'au 20 juin. Il n'y a eu que des phénomènes réactionnels insignifiants, un peu de céphalalgie et de courbature vers la septième injection. L'odeur n'a commencé à s'atténuer que fort tard vers la quatorzième injection. On injecte 129 centimètres cubes en vingt-trois injections.

A la fin du traitement la malade est améliorée, mais l'odeur persiste encore un peu. Les croûtes se détachent facilement et sont moins abondantes. Muqueuse plus rouge et plus humide.

Lecomt... Mathilde, 40 ans, mère de la précédente. Odeur peu développée. La fétidité a été très forte il y a quelques années et les croûtes très abondantes. Une seule fille, ozéneuse. Pas d'autres ozéneux dans la famille. Rhumes fréquents avant l'apparition de la fétidité.

Examen. — Muqueuse un peu rouge, surtout au niveau des cornets moyens. Croûtes très abondantes.

Pharyngite sèche. Cordes vocales inférieures rouges.

Examen bactériologique. — Coccobacilles de Læwenberg mais pas de bacille de Belfanti (examen direct et cultures). Début du traitement le 11 avril. 5 centimètres cubes de sérum sont injectés dans la paroi abdominale. Du 11 avril au 20 juin on injecte 125 centimètres cubes de sérum en vingt-quatre injections.

Les phénomènes réactionnels ont été presque nuls comme dans l'observation précédente. La fétidité ne s'est atténuée que lentement et n'a pas disparu tout à fait à la fin du traitement. Les croûtes sont moins abondantes.

Les modifications locales sont peu importantes. Cependant la muqueuse paraît plus humide.

Ces deux observations sont intéressantes à rapprocher l'une de l'autre. Chez ces deux malades il n'y a eu que peu de réaction générale et l'atténuation de l'odeur a été lente à se manifester.

C... étudiant en médecine, 26 ans; depuis longtemps fétidité surtout développée à gauche. Aucun antécédent héréditaire. Pas de maladies antérieures. Il a déjà subi plusieurs traitements sans grand succès. Depuis deux ans il a recours aux irrigations nasales quotidiennes.

Examen. — A gauche, la muqueuse est rouge mais on note une atrophie notable du cornet inférieur. A droite, les lésions sont peu accentuées. Il y a peu de croûtes dans les fosses nasales. Le malade pratique en effet très régulièrement des irrigations nasales.

Examen bactériologique. — On trouve en examinant une parcelle de mucus prise sur le cornet moyen du côté gauche et colorée au violet de gentiane aniliné, des coccobacilles de Læwenberg en abondance. Nous ne pouvons distinguer ni par le Gram ni sur des préparations faites après cultures le bacille de Belfanti.

Début du traitement le 18 avril 1897. On injecte 5 centimètres cubes de sérum de Roux. Les injections sont continuées régulièrement les 21, 23, 25 et 28 avril. La réaction générale se manifeste à la cinquième injection par des douleurs dans la jambe et le genou gauche, peu intenses. Un peu de céphalalgie et quelques frissons. Pas d'albumine dans les urines. Ces phénomènes sont assez peu accentués pour ne pas nécessiter l'interruption du traitement.

30 avril. — On injecte cinq centimètres cubes de sérum.

2 mai. — 10 centimètres cubes sont injectés. L'odeur est sensiblement moins forte.

Du 2 au 16 mai on pratique dix-sept injections de 10 centimètres cubes chacune. On ne note plus de phénomènes généraux réactionnels. Le malade quitte la clinique le 16 mai. L'odeur est presque nulle, mais les croûtes persistent aussi abondantes.

Résumé. — On a injecté 200 centimètres cubes en vingt-trois injections.

La réaction générale et les accidents ont été insignifiants. On ne note en effet que quelques douleurs dans la jambe et le genou gauche, un peu de céphalalgie et quelques frissons.

Le résultat est médiocre. L'odeur s'est atténuée mais les croûtes ont persisté aussi abondantes. Il y a peu de modification dans l'état local, le cornet moyen est à peine tuméfié. La sécrétion paraît seule plus abondante et plus fluide.

Malil..., 28 ans. Fétidité prononcée depuis longtemps. Croûtes abondantes. Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies infectieuses dans l'enfance.

Examen rhinoscopique. — On note une atrophie très prononcée des deux cornets inférieurs et du cornet moyen du côté droit. À gauche le cornet moyen a conservé son volume normal, la muqueuse est pâle. Croûtes abondantes des deux côtés, surtout à droite.

Examen bactériologique. — Coccobacilles de Lœwenberg en abondance. Bacilles de Belfanti et della Vedova.

On commence le traitement le 23 avril, on injecte 5 centimètres cubes de sérum. Les 28, 30 avril et 2 mai même injection de 5 centimètres cubes. L'amélioration se manifeste le 2 mai, l'odeur diminue mais les croûtes persistent aussi abondantes.

Du 3 mai au 14 on fait cinq injections de 5 centimètres cubes chacune, la réaction n'apparaît pas. On note à peine un peu de courbature et quelques douleurs lombaires.

À partir du 19 mai on pratique dix-huit injections de 10 centimètres cubes, aucun accident. La fétidité a presque tout à fait disparu le 30 juin, quand on suspend le traitement.

Résumé. — On a injecté 225 centimètres cubes de sérum en en vingt-sept injections du 23 avril au 30 juin.

La réaction a été insignifiante. Il n'y a pas eu d'accidents. La fétidité commence à diminuer à partir de la quatrième injection et n'a pas disparu entièrement à la fin du traitement. Les croûtes persistent presque en aussi grande quantité.

Localement on note une plus grande vascularisation de la

muqueuse. Celle-ci a un aspect plus velouté et surtout plus humide. Il n'y a pas de tuméfaction notable des cornets moyens.

Nous avons enfin réservé pour une dernière catégorie les malades chez lesquels aucune amélioration un tant soit peu durable n'a pu être obtenue. Tel est le cas de la jeune Frén... chez laquelle la fétidité reparaissait dès que les injections étaient supprimées. L'ensemble symptomatique constaté au début du traitement s'est manifesté avec la même intensité peu de jours après la suspension

Frén... 14 ans. Fétidité datant de six ans. Croûtes très abondantes. Rougeole à 4 ans et demi. La malade a été atteinte du croup à 2 ans. L'affection paraît avoir été assez bénigne et n'a pas nécessité la trachéotomie. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'ozéneux dans la famille.

Plusieurs traitements ont été essayés. Actuellement la malade s'en tient aux irrigations nasales faites avec de l'eau boriquée, de l'eau salée ou diverses solutions antiseptiques (créoline, acide phénique.)

Début du traitement le 28 mars. L'examen rhinoscopique montre les cornets inférieurs atrophiés ainsi que les cornets moyens. La muqueuse est pâle, les croûtes abondantes.

Examen bactériologique. — Coccobacilles de Lœwenberg encapsulés ou non, en très grande abondance. Dans les parties foncées de la préparation on voit nettement les bacilles de Belfanti groupés suivant le mode qui les caractérise, parallèlement.

Le 28 mars après un examen soigneux des organes on injecte sous la paroi abdominale 5 centimètres cubes de sérum de Roux. L'injection est parfaitement supportée.

4 avril. — 5 centimètres cubes de sérum.

7 avril. — 5 centimètres cubes de sérum.

11 avril. — Nouvelle injection de 5 centimètres cubes. On observe le lendemain un érythème scarlatiniforme des avant-bras et des jambes, surtout du côté de l'extension. Le traitement est suspendu pendant quelques jours. On note une atténuation très nette de l'odeur.

21 avril. — Reprise du traitement. La fétidité a reparu par suite de la suspension momentanée des injections. On injecte 5 centimètres cubes de sérum. On observe le neuvième jour après l'injection un érythème étendu développé autour du lieu

d'injection. Les ganglions inguinaux sont un peu tuméfiés et douloureux à la pression. La malade garde le lit pendant quatre jours. L'odeur est presque nulle.

28 avril. — 5 centimètres cubes de sérum. La fétidité est insignifiante et n'est sensible que le matin au réveil. Les croûtes sont toujours très abondantes mais s'éliminent plus facilement.

Du 2 mai au 20 juin on pratique régulièrement dix-huit injections de sérum de 5 centimètres cubes chacune.

Aucun accident nouveau n'est survenu. L'odeur est nulle quand la malade quitte la clinique. Il y a moins de croûtes. Dans les derniers jours quelques épistaxis abondantes par la narine gauche.

La malade est revue le 8 juillet. L'odeur s'est manifestée de nouveau très intense. L'examen des fosses nasales montre la muqueuse rouge, les cornets moyens tuméfiés, les croûtes remplissent toute la partie postérieure des fosses nasales.

Le 13 juillet, nouvel examen. La muqueuse offre le même aspect. La fétidité a reparu aussi forte qu'avant le traitement.

Résumé. — Nous avons eu à traiter un ozène vrai, atrophiant, bien nettement caractérisé. On a injecté en vingt-cinq fois 125 centimètres cubes de sérum.

Ces phénomènes réactionnels généraux ont débuté à la cinquième injection et se sont manifestés par un érythème scarlatiniforme des membres ; dès ce moment la fétidité s'est considérablement atténuée. L'amélioration s'est maintenue pendant toute la durée du traitement. La malade a quitté la clinique débarrassée de l'un des symptômes les plus graves, l'odeur. Les croûtes persistaient. Les résultats immédiats ont donc paru excellents. Mais ces résultats n'ont pas été durables. Si l'on excepte quelques modifications dans l'état local (vascularisation plus grande de la muqueuse) on peut dire que tout le terrain gagné a été perdu aussitôt après la cessation du traitement.

D'une façon générale, et après analyse des faits qu'il nous a été donné de constater nous croyons pouvoir attirer l'attention sur les remarques suivantes :

La quantité de sérum injectée en une seule fois a toujours été relativement faible et n'a pas dépassé, du moins au début, 5 centimètres cubes. L'expérience d'ailleurs nous a démontré rapidement que les fortes doses facilitaient l'apparition des accidents sans amener une amélioration plus rapide ou plus mar-

quée. Nous avons toujours laissé un espace de deux, trois ou quatre jours entre chaque injection.

Les quantités totales ont été en moyenne de 125 à 130 centimètres cubes. Mais elles se sont élevées jusqu'à 200 centimètres cubes et même jusqu'à 225 centimètres cubes. Elles ne sont ni en rapport avec l'intensité de l'affection ou avec l'âge du malade. Dans un cas 125 centimètres cubes n'ont pas donné de résultat durable tandis que la disparition de l'odeur s'est maintenue chez deux malades qui n'avaient reçu que 45 ou 80 centimètres cubes.

Il semble d'ailleurs qu'une fois un certain effet atteint, l'amélioration ne progresse plus, même si l'on continue à injecter régulièrement d'assez fortes doses. Il paraît nécessaire d'attendre et de recommencer une nouvelle série d'injections si l'on veut observer une plus grande amélioration.

Tous les malades que nous avons traités ont présenté à un degré plus ou moins intense des phénomènes réactionnels généraux. Nous n'avons pas constaté d'accidents très graves. Une seule fois, l'une de nos malades a présenté des troubles généraux graves, fièvre, courbature violente, céphalalgie, accompagnés de parésie des membres inférieurs. Ces accidents se sont manifestés à la sixième injection, ont duré une semaine et se sont terminés favorablement. Nous n'avons pas poursuivi le traitement commencé chez cette malade.

Les phénomènes généraux réactionnels, si l'on peut les dénommer ainsi, se sont manifestés très rarement après la première injection, presque toujours après la quatrième ou la sixième. Ils ont été variables dans leur intensité, dans leur nature et leur durée. L'âge du malade ne nous paraît pas avoir été sans influence sur la nature des accidents. C'est ainsi que chez les jeunes sujets nous avons constaté plus souvent des érythèmes et de la courbature que des douleurs articulaires ou des phénomènes parétyques.

Presque tous les accidents ont consisté en érythèmes scarlatiniformes développés au lieu d'injection, douleurs articulaires, arthralgies localisées aux poignets et aux genoux sans tuméfaction articulaire, et accompagnées de l'apparition de macules rouges peu étendues du côté de l'extension des membres,

avant-bras et jambes ; presque toujours l'apparition des macules s'est faite *symétriquement* des deux côtés.

Le développement des arthralgies était précédé de céphalalgie, courbature, douleur lombaire avec ou sans fièvre. Jamais nous n'avons trouvé d'albumine dans les urines. Très rarement nous avons noté une véritable parésie des membres inférieurs. Celle-ci n'a jamais pris les caractères d'une paralysie vraie.

Les accidents imputables à l'emploi du sérum n'ont donc présenté que peu de gravité et se sont dissipés en quelques jours. Il faut ajouter que nous suspendions les injections dès leur apparition.

Ces phénomènes généraux se sont manifestés chez quelques malades plusieurs fois pendant le cours du traitement, soit après une interruption momentanée des injections, soit après l'augmentation de la dose habituelle. Mais bien plus souvent nous n'avons noté dans nos observations qu'une apparition unique. Celle-ci est survenue nous l'avons dit, après la quatrième ou la sixième injection. Après la cessation des accidents on a pu reprendre et continuer les injections sans voir réapparaître les phénomènes réactionnels, ou ils ne se sont montrés que très atténués (un peu de céphalalgie et de courbature).

Il nous semble intéressant à bien des points de vue de faire remarquer que, dans la plupart des cas, la fétidité a commencé à s'atténuer après l'apparition des phénomènes réactionnels généraux ; tout au moins l'amélioration rapide leur succède immédiatement.

Chez quelques malades même, cette amélioration a paru très rapide après des accidents généraux relativement intenses. Cependant il est juste de rappeler que deux de nos malades ont présenté peu d'accidents généraux et ont vu la fétidité disparaître rapidement et complètement tandis que la jeune Frén... n'a pas été améliorée d'une façon durable malgré les arthralgies et la courbature violente qui ont marqué chez elle le début du traitement.

Toutefois nous croyons qu'il y aurait peut-être un certain rapport à établir entre le mode de réaction plus ou moins in-

tense et la disparition plus ou moins rapide de la fétidité. Ce qu'il y a de remarquable, dans tous les cas, c'est la succession des phénomènes : l'atténuation de la fétidité est signalée après l'apparition des phénomènes généraux. Nous ne voulons pas interpréter cette simple remarque, mais si l'ozène est une trophonévrose, n'y a-t-il pas lieu de chercher une relation entre les modifications de l'état local (tuméfaction de la muqueuse, disparition de la fétidité) et la date d'apparition des accidents qui, eux paraissent résulter en grande partie de la mise en jeu du système nerveux. Des faits plus nombreux sont nécessaires pour appuyer cette hypothèse.

Quels sont les résultats obtenus ? Les résultats immédiats sont en général remarquables. L'un des deux symptômes les plus gênants, la fétidité, s'atténue et peut même disparaître complètement. Le fait nous a paru constant. Les croûtes persistent ; il est vrai qu'elles sont très souvent moins abondantes ; mais il ne faut pas s'attendre à les voir disparaître tout à fait.

Ces résultats sont-ils durables ? Il est impossible à l'heure actuelle de donner une réponse catégorique. Les faits sont discordants.

Tel malade ne retirera du traitement qu'un bénéfice immédiat de peu de durée, souvent, il est vrai, beaucoup plus grand que de l'emploi des lavages et des cautérisations. Tel autre verra persister les résultats acquis pendant plus ou moins longtemps. Il faut, croyons-nous, tenir un grand compte du degré de la lésion, de son ancienneté et de l'âge du malade. Les enfants semblent guérir moins facilement que les adolescents ou les adultes, et l'amélioration est chez eux moins persistante.

Localement, voici les modifications que nous avons notées : la muqueuse devient rouge, hyperhémisée (épistaxis). Les cornets inférieurs sont plus visibles. Mais surtout pendant la durée du traitement nous avons pu observer chez beaucoup de nos malades une tuméfaction de cornet moyen très facilement constatable. Dans quelques cas, on voit sur la tête du cornet moyen des taches hémorrhagiques. Cet aspect tuméfié, hypertrophique du cornet moyen est analogue à celui qui

nous a frappé après les séances d'électrolyse cuprique interstitielle. Les deux modes de traitement agissent-ils dans le même sens, en modifiant la nutrition et les fonctions de la muqueuse peut-être par l'intermédiaire du système nerveux ? Nous nous proposons de poursuivre des recherches dans ce sens en appliquant d'une façon systématique le traitement électrolytique.

En ce qui concerne la persistance ou la disparition des microbes habituels des fosses nasales ozéneuses, nous avons constaté la présence du bacille de Belfanti chez les deux malades revus trois mois après la cessation du traitement. Pendant sa durée il nous a paru plus rare, mais sa disparition *complète*, pas plus que celle du coccobacille de Læwenberg n'a été signalée dans nos observations.

Nous nous garderons de tirer de ces expériences et de ces tentatives des conclusions formelles. Nous croyons que la sérothérapie est un traitement recommandable pour combattre un seul des symptômes des plus pénibles de l'ozène, la fétidité. Le traitement est certes plus facile à appliquer que les différents procédés spéciaux agissant surtout localement. Mais on ne doit pas, dès le début, faire espérer une guérison *absolument définitive*. Le plus souvent, en effet, le résultat ne sera que temporaire. On doit, bien entendu, se mettre à l'abri des accidents graves en n'injectant que la faible dose de sérum et en tâtant en quelque sorte la susceptibilité particulière de chaque malade.

SUR LA DIPLACOUSIE MONO-AURICULAIRE

Par R. ETIÉVANT (de Lyon).

La *diplacousie* ou *paracousie double* consiste dans un trouble de la sensibilité auditive caractérisé par ce fait qu'un même son est perçu deux fois. Il ne s'agit point là d'une maladie, mais d'un symptôme qui peut survenir à la suite ou au cours d'un certain nombre d'états pathologiques de l'organe de l'audition.

La *diplacousie* peut s'étendre à l'audition des paroles, ou des sons musicaux, séparément ou simultanément, plus souvent aux derniers seuls. Quand elle atteint les mots articulés, elle revêt diverses modalités qui font que les malades se figurent entendre deux interlocuteurs parlant à peu près simultanément, ou que dans la conversation, un seul mot, une seule syllabe, sont entendus nettement, tout le reste formant un tout incompréhensible, dans lequel le malade ne perçoit qu'une sensation désagréable et non une suite de mots articulés. Quand la *diplacousie* s'étend aux sons musicaux, à côté du son réel, se perçoit un autre son identique, ou différent de timbre ou de hauteur, qui, coïncidant avec le premier, finit avec lui, ou qui, le suivant, en est séparé par un intervalle de temps de courte durée. — Cette *diplacousie* musicale peut affecter tous les sons perçus, ou seulement quelques-uns, pendant que les autres ne subissent aucune altération. — Il arrive aussi que, chez un seul et même malade, la *diplacousie* apparaisse périodiquement au cours d'une affection otique, que les sons auxquels s'étend la *diplacousie* soient différents du jour au lende-

main, et que la hauteur et le timbre du pseudo-son (Grüber) varient d'un moment à l'autre.

C'est dire que la diplacousie peut présenter un aspect différent suivant chaque malade, ou, sur le même individu, suivant le moment, et qu'il en existe plusieurs sortes à divers point de vue.

Mais tout d'abord on doit distinguer la diplacousie mono-auriculaire, et la diplacousie binauriculaire, celle-ci consistant dans la perception double d'un son ou d'un bruit avec le concours des deux oreilles, celle-là dans la perception double d'un son par une seule et même oreille.

La diplacousie en général, bien qu'elle constitue une anomalie relativement rare ⁽¹⁾, était déjà connue des anciens auristes; des cas avaient été publiés il y a assez longtemps par Itard, Sauvages, Beck, Moos ⁽²⁾, Wittisch ⁽³⁾ et Knapp qui avaient cherché à expliquer ce phénomène; mais les rares travaux parus sur la question appartiennent tous à la littérature étrangère, et se rapportent pour la plupart à la diplacousie binauriculaire, de beaucoup la mieux étudiée; tels les travaux de Capeder ⁽⁴⁾, de Hans Daae ⁽⁵⁾, tels les cas de Gumpert, de Burnett ⁽⁶⁾, Spalding ⁽⁷⁾, Steinbrügge ⁽⁸⁾, Pomeroy ⁽⁹⁾, Treitel ⁽¹⁰⁾, que nous avons parcourus. — Notre maître,

(1) POLITZER, dit, dans son traité, n'avoir observé que trois fois cette altération de l'ouïe.

(2) MOOS. — *a.* Klinik der Ohrenkrankheiten. — *b.* — Doppelhören in Folge einer Iodkaliumcur.

(3) WITTISCH. — « Ein Fall von Doppelhören an sich selbst beobachtet », *Königsberg. medicin. Jahrb.* III, Bd. 1861.

(4) CAPEDER. — « De la diplacousie binauriculaire », Th. inaug. Bâle, 1896.

(5) HANS DAAE. — *a.* Arch. of. otol., XXIII, 4, 1895-96. — *b.* Norsk Magazin für lægevidenskaben, 1895.

(6) BURNETT. — « Ein Fall von Diplacosis mit Erläuterung », Arch. für Augen und Ohrenheilk. VI. Bd. S 24.

(7) SPALDING. — « Diplac. binauric. Eine Selbstbeobachtung », Zeitschrift für Ohrenheilk. X, Bd. 2 Heft.

(8) STEINBRÜGGE. — « Ein Fall von Diplacosis », Zeitschrift für Ohrenheilk. XII, Bd. 2 Heft.

(9) POMEROY. — « Otological contribution », New-York med. journal, 18 avril 1895.

(10) TREITEL. — « De la dipl. bin. » Arch. f. Ohrenheilk. XXXII, Bd. 3, und 4. Heft.

M. Lannois, en a dans sa longue pratique observé un assez grand nombre de cas.

Mais la diplacousie mono-auriculaire est beaucoup plus rare et partant moins bien étudiée ; Gradenigo seul lui a consacré quelques pages ⁽¹⁾, suivies de deux observations personnelles. — Nous-même, nous avons observé, dans le service de notre maître M. Lannois, deux cas, qu'il a bien voulu nous autoriser à publier, et qui nous ont suggéré l'idée de faire ces recherches. — Nous allons les rapporter en les ajoutant à ceux de Gradenigo et à celui, à peu près authentique, de Bressler ⁽²⁾.

OBSERVATION I. — BRESSLER, *loco cit.*, d'après Politzer.

Il s'agit d'un cas intéressant d'audition double que Gumpert a observé sur lui-même. La diplacousie se produisit après guérison d'une affection inflammatoire de l'oreille, sur laquelle il ne donne pas d'autres détails. Il entendait les paroles prononcées devant lui comme si elles provenaient de deux endroits différents. Les deux mots étaient perçus sans intervalle ; le second n'était pas une résonnance du premier, et il ne les distinguait que par leur différence de ton.

En fermant hermétiquement l'oreille intacte, on pouvait constater nettement que l'oreille malade seule entendait double ⁽³⁾.

La diplacousie aurait complètement disparu à la suite d'instillations d'huile de jusquiame.

OBSERVATION II. — GRADEÑIGO, traduction *in extenso*.

W. 29 ans. Violoniste, compositeur. Il est atteint d'une inflammation catarrhale de l'oreille moyenne à gauche, et à droite, mais moins intense, avec enfoncement et atrophie des deux tympans. Rien du côté de l'oreille interne ; Weber positif à gauche ; à droite acuité auditive presque normale. Des deux côtés, mais plus nettement à gauche, on peut constater le phé-

(1) GRADEÑIGO. — « Über diplacosis monoauralis. *Zeitschrift für Ohrenheilk.* 1895.

(2) BRESSLER. — *Die Krank. des Gehörorgans*, 1840.

(3) Rappelons qu'en Allemagne et en Angleterre les notes do, ré, etc. sont représentées par les lettres

c. d. e. f. g. a. h.

nomène suivant : Le son d'un diapason variant de la deuxième à la quatrième octave, tenu devant le conduit auditif est entendu simple, quand il a sa plus forte intensité ; à défaut de celle-ci, il s'accompagne d'un deuxième son qui se trouve être habituellement un des harmoniques du premier, ou la tierce, ou la quarte plus haute ou plus basse. Les intervalles varient suivant le son fondamental, mais sont constants pour un seul et même son.

Par exemple du côté droit, pour la conduction aérienne, après cinq secondes environ d'application du diapason, au son g^2 (1) se surajoute la tierce basse e^2 , au son f^2 la quarte haute c^3 . Il en est de même pour la transmission osseuse. A droite, en dehors de la diplacousie, on constate nettement le phénomène étudié par Urbantschitsch, et qui consiste dans ce fait qu'un son déterminé paraît d'autant plus bas qu'il est plus intense, et d'autant plus haut qu'il est plus faible. Le son g^2 du diapason qui normalement est perçu du côté droit pendant quarante-cinq secondes ou monte d'un demi-ton au fur et à mesure que diminue son intensité. Ce phénomène fait défaut pour les tons bas.

OBSERVATION III. — (*ibid.*), traduction *in extenso*.

Un deuxième cas analogue de diplacousie nous fut présenté par une jeune fille de 28 ans qui avait eu une inflammation catarrhale bilatérale de l'oreille moyenne avec participation de l'oreille interne. Le son d'un diapason (c^3 c^4 c^5) tenu devant le conduit était entendu double pendant les cinq ou six dernières secondes avant la cessation de la perception ; la malade qui n'avait pas une éducation musicale bien développée ne pouvait pas préciser l'intervalle séparant le son objectif du son surajouté ; l'intervalle était toutefois harmonique.

Peut-être l'explication de cette forme de diplacousie harmonique doit-elle être cherchée dans l'exagération d'un phénomène physiologique, d'après lequel à l'excitation des éléments récepteurs qui correspondent à un son fondamental se surajoute l'excitation d'un autre groupe d'éléments qui sont en relation avec les premiers. Cette diffusion pourrait se faire au niveau du labyrinthe ou au niveau des centres (audition colorée).

(1) Rappelons que ce n'est pas là un critérium de grande valeur, étant donné la difficulté d'obstruer hermétiquement le conduit.

OBSERVATION IV (inédite).

P. Annette, 57 ans marchande ambulante. *Polyacousie*.

Les antécédents héréditaires de la malade ne présentent aucune particularité digne d'être notée.

A plusieurs reprises dans l'enfance, elle aurait eu des douleurs vives dans l'oreille droite, sans otorrhée. Fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans, c'est à la suite de cette affection que la malade aurait peu à peu perdu l'audition du côté droit. Il y a 7 ou 8 ans survint un abcès du même côté avec écoulement mal odorant, d'une durée d'un mois environ. Jamais rien du côté gauche.

Depuis l'hiver dernier (1895) à la suite d'une grippe légère, la surdité droite s'accentua, et depuis deux mois, elle a remarqué qu'elle entend trois voix différentes quand une personne lui parle.

Tempérament nerveux; jamais de crises d'hystérie; vertiges fréquents au cours desquels elle a de la diplopie binoculaire essentiellement passagère.

Au moment où elle se présente à la consultation de M. Lannois, on ne constate aucun trouble de la sensibilité, aucun signe d'hystérie; champ visuel normal.

Elle ne paraît avoir de la *polyacousie* que pour les bruits se succédant rapidement; trois chocs séparés par un intervalle d'une seconde environ sont perçus nettement et isolément; séparés seulement de $1/4$ de seconde environ, ils sont perçus sous forme de quatre ou cinq bruits.

Pour la parole, qu'il s'agisse de celle d'une personne étrangère ou même de la propre voix de la malade, elle perçoit trois sons différents, sur un ton plutôt grave. Cette polyacousie se rencontré toutes les fois qu'on lui parle, que la parole soit lente ou rapide. Mais dans le premier cas, elle comprend ce qu'on lui dit, alors que dans le second, elle ne perçoit qu'un bruit vague, confus, et comme musical. Cette polyacousie paraît être mono-auriculaire, car la malade affirme ne rien entendre du côté droit.

En effet, à l'examen de l'audition: OD, surdité absolue, la montre n'est entendue en aucun point, ni contre le pavillon, ni sur l'apophyse mastoïde.

Surdité avancée; la montre est entendue OG: à deux centimètres du méat; le diapason est perçu faiblement sur l'apophyse mastoïde gauche.

A l'examen otoscopique: à droite, le tympan présente de nom-

breuses cicatrices ; il y a une très profonde dépression cicatricielle au niveau du mur de la logette, qui a été détruit ; le manche est saillant, et en arrière on aperçoit la longue branche de l'enclume, plusieurs reflets lumineux, deux en arrière du manche, trois au niveau du triangle lumineux central.

A gauche, tympan manifestement sclérosé, épaissi, fortement déprimé, pas de triangle lumineux, mais deux petits reflets sur le rebord tympanal. Bruits subjectifs très intenses qu'elle compare à une chute d'eau⁽¹⁾.

29 septembre. — La malade a été cathétérisée tous les huit jours pendant six semaines.

Elle revient après trois mois d'absence, entend mieux et n'a plus que très faiblement la double ou triple résonnance dont elle se plaignait au début.

OBSERVATION V (inédite).

M^{me} N., religieuse, originaire du Canada, vient nous trouver pour une surdité marquée de l'oreille droite et totale de l'oreille gauche. Elle n'a jamais eu de fièvres éruptives, jamais d'otorrhée.

Elle se plaint surtout de bruits divers qui lui semblent prendre naissance dans l'oreille, sifflets de locomotive, soufflet de forge, et surtout bruits vasculaires synchrones au pouls.

Mais en outre elle a remarqué que souvent « elle entend double », et ceci surtout lorsqu'elle entend chanter. A l'église, au moment des chœurs, elle compare les sons qu'elle perçoit « à un véritable charivari », il lui semble que les divers éléments du chœur chantent sur des tons différents et poussent des cris discordants ; mais il en est presque de même pendant les soli ; au lieu d'une seule note lancée par une seule personne, elle en entend quatre ou cinq, les unes sur un ton plus haut, les autres sur un ton plus bas ; en tout cas la gradation n'a rien de régulier.

A droite surdité complète.

A l'examen du tympan :

Signes manifestes de sclérose à droite et à gauche (aspect grisâtre du tympan, bandes irrégulières d'épaississement, pas de triangle lumineux.

(1) L'absence totale d'éducation musicale de la malade nous a empêché de déterminer l'intervalle séparant les divers sons perçus.

L'examen de l'ouïe est très difficile, de par les bruits vasculaires et subjectifs qui troublent l'audition ; en tout cas l'oreille droite ne perçoit pas le diapason vertex, et le Weber est négatif de ce côté. Il est faiblement positif du côté gauche. Le Rinne ne donne aucun renseignement pour le même motif.

Sous l'influence du cathétérisme hebdomadaire, les bruits surajoutés ont diminué d'intensité, puis ont disparu complètement.

En même temps l'audition s'est améliorée, et la malade commence à percevoir le diapason.

En somme : diplacousie ou même polyacousie dysharmonique mono-auriculaire améliorée par le cathétérisme.

On sait que, dans la diplacousie binauriculaire, on a distingué la *diplacousie harmonique* et la *diplacousie dysharmonique* ; cette division, adoptée par Gradenigo au mémoire duquel nous avons fait de multiples emprunts, peut s'appliquer à la diplacousie mono-auriculaire.

— La *diplacousie dysharmonique* est caractérisée par ce fait que l'intervalle compris entre le son réellement perçu et le son surajouté est petit, habituellement un demi-ton ou une tierce ; le son surajouté peut être plus haut ou plus bas que le son réel ; le pseudo-son apparaît surtout pour la partie moyenne de la gamme.

— Dans la *diplacousie harmonique*, l'intervalle entre le son vrai et le pseudo-son est harmonique (une octave, une quarte, une quinte, une sixte) ; dans cette forme, il n'est pas en réalité question d'une différence de tonalité des sons perçus, mais d'une différence de timbre, parce qu'un ou plusieurs des harmoniques du son fondamental acquièrent une plus grande intensité que normalement ; cette forme de diplacousie disparaît habituellement à l'épreuve du diapason.

A ces deux catégories, on peut ajouter la *diplacousie écho-tique*, dans laquelle, comme son nom l'indique, la répétition de la sensation prend le caractère d'un écho ; il semble dans ce cas que la sensation soit plus tardive et plus faible dans une oreille que dans l'autre. Cette forme n'a trait qu'à la diplacousie binauriculaire.

Quoi qu'il en soit, harmonique ou dysharmonique, la dipla-

cousie se rencontre, comme nous l'avons déjà dit, dans un certain nombre d'états pathologiques très divers, et se manifeste seule, isolément ou associée à d'autres anomalies de l'ouïe, comme la *Paracousie de Willis* (Haralanoff ⁽¹⁾) ; sa présence est facile à déceler par le diapason, mais n'est cependant manifeste que par la voix aérienne, et ce sont les malades eux-mêmes qui constatent son apparition ; les observations réellement complètes n'émanent que des seuls individus dont l'instruction musicale permet de déterminer l'intervalle séparant le son du pseudo-son.

Cette anomalie de l'ouïe est en somme assez rare ; Politzer, comme nous l'avons dit, n'en avait observé que trois cas (sans préciser s'il s'agissait de diplacousie mono- ou binauriculaire), une fois dans l'otite moyenne aiguë sans perforation de la membrane tympanique, le deuxième cas dans le cours d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne avec perforation du tympan, et le troisième dans une otite moyenne chronique avec exsudat. — Les observations que nous avons rassemblées se rapportent toutes à des affections banales de l'oreille moyenne, catarrhe unilatéral, bilatéral, sclérose du tympan, etc. ; pour Hans Daae, qui s'est occupé surtout de diplacousie binauriculaire, elle peut survenir dans des affections de l'oreille moyenne seule, ou de l'oreille interne seule ; dans le cas où les deux sont affectées, le phénomène procède plus probablement de l'oreille moyenne que de l'oreille interne.

Quant à l'explication pathogénique de la diplacousie mono-auriculaire, cette question constitue un problème des plus complexes et des plus incertains. Quand la diplacousie consiste dans une simple persistance du son, elle est probablement due à l'exagération du phénomène physiologique de la persistance possible de la sensation sonore, observé par Urbantschitsch, et doit être rapportée à une hyperesthésie du nerf auditif, hypothèse que la réaction électrique du nerf est encore impuissante à démontrer.

Pour les autres variétés, on pourrait à la rigueur invoquer

(1) P-S. HARALANOFF. Etude clinique sur la paracousie de Willis Th. Genève 1892.

la théorie d'Helmholtz, en les rattachant à une lésion limitée du labyrinthe, comme l'a fait Knapp : Une fibre radiale est altérée ; elle vibrait avec un ton de 300 vibrations, et ne vibre plus maintenant qu'avec un ton de 350 vibrations ; si une note de 350 vibrations est émise, cette fibre entre en vibration et son nerf spécifique éveille la sensation d'un ton de 300 au lieu de 350 vibrations. — Ce ton de 350 est perçu par le côté sain (pour la diplacousie binauriculaire) d'où une discordance accusée ; si 350 est un mi et 300 un ut, le cerveau perçoit à la fois ces deux notes. — Pour la diplacousie mono-auriculaire, il en serait de même, les deux notes étant fournies par un seul labyrinthe. — Wittisch se rattache à une explication identique, malheureusement la théorie d'Helmholtz n'est rien moins que certaine ; de même on ne saurait vouloir rattacher tous les cas à une diffusion de l'excitation à des éléments voisins, soit dans le labyrinthe, soit dans les centres nerveux, car si l'on considère que des cas ont été observés, où l'audition devient normale après une seule application de la douche d'air, on est tenté d'attribuer à l'appareil de transmission une plus grande part qu'on ne l'a fait dans la production de ces phénomènes : on conçoit en effet qu'un tympan cicatriciel ou sclérosé avec points amincis, c'est-à-dire à segments de tension différente, puisse donner lieu à des vibrations et par suite à des perceptions également différentes.

Quoiqu'il en soit, la diplacousie n'est le plus souvent que temporaire ; après avoir subi des variations parfois très nettes, quant à l'intervalle séparant le son réel du pseudo-son, elle disparaît spontanément ou sous l'influence d'un traitement bénin, comme les instillations d'huile de jusquiame dans le cas de Bressler, ou le plus souvent la douche d'air.

III

MACROGLOSSIE — LYMPHANGIECTASIES DU PLANCHER DE LA BOUCHE ET DES RÉGIONS CERVICO-FACIALES, AMPUTATION CONOÏDE DE LA LANGUE PONCTIONS DES LYMPHANGIOMES PRÉSENCE DU PNEUMOCOQUE, GUÉRISON

Par **J. BRAULT**, médecin-major de l'armée, professeur à l'école
d'Alger.

Pendant notre dernier internat à la clinique infantile de l'hôpital de Mustapha, nous avons eu l'occasion de traiter une macroglossie compliquée de lymphangiectasies multiples portant sur le plancher buccal, la face et le cou.

Bien qu'il y ait déjà dans la littérature médicale un assez grand nombre de relations se rapportant à des cas analogues, en raison de la gravité de l'affection, en raison de son heureuse issue à la suite d'une thérapeutique active, nous croyons utile de rapporter *in extenso* l'observation de notre petit malade en l'accompagnant de quelques commentaires :

OBSERVATION. — G. Marcel, âgé de 17 mois, nous est apporté à la clinique le 4 mars 1897, son histoire est très caractéristique, c'est au moment des premières dents, vers l'âge de 6 mois, que les parents s'aperçurent d'une façon précise de la difformité. Jusque là, tout en remarquant que le petit garçon avait la langue et le menton un peu « forts, » ils ne s'étaient pas trop préoccupés de la chose.

Il fallut cette première poussée aiguë coïncidant avec l'éruption dentaire, pour éveiller leurs inquiétudes.

L'enfant fut visité, le médecin constata une macroglossie assez accentuée et une fausse grenouillette, le traitement électrolytique fut institué.

Pendant dix mois, long martyre, suivant l'expression assez juste de la mère, les séances d'électrolyse se succédèrent à des intervalles inégaux de deux à quinze jours, la force du courant varia de 10 à 15 milliampères. Néanmoins, tout paraissait aller à souhait, l'électro-puncture semblait se montrer efficace et enrayer le processus, lorsque tout-à-coup, il y a quinze jours environ, l'affection subit une accélération terrible, la langue et tout le côté gauche de la face prirent un développement énorme. L'on essaya bien encore quelques séances d'électrolyse, mais devant l'inanité de cette thérapeutique l'on se décida à nous amener l'enfant. Toute cette longue phase d'espoir et de succès était terminée, tout était submergé par cet envahissement démesuré et soudain.

Au moment où l'on me présente le petit G. la situation est alarmante, la langue épaisse, d'une résistance ligneuse, pend en dehors des arcades dentaires, remplit la bouche et obstrue en grande partie la cavité pharyngienne; la respiration est très gênée, l'alimentation, même liquide, est des plus difficiles.

Le plancher buccal, les deux régions sus-hyoidiennes, tout le côté gauche de la face présentent une tuméfaction marquée. On y sent des ganglions volumineux, des paquets lymphatiques résistants, enfin des petites dilatations kystiques.

La langue, le plancher de la bouche, la face même, présentent une légère teinte violacée. L'enfant qui paraît très anémié et fatigué possède en outre depuis plusieurs jours une température qui varie entre 38 et 39°.

J'expose aux parents la situation et je leur propose l'amputation conoïde de la langue qui me paraît constituer la seule chance de salut, ma proposition est immédiatement acceptée.

Intervention le 5 mars. — Anesthésie au chloroforme, après les précautions d'asepsie buccale habituelles, je circonscris mon champ opératoire à l'aide de 3 fortes pinces languettes. Deux sont placées un peu obliquement en arrière, une troisième est poussée aussi bien que possible sous la langue, l'hémostase est ainsi parfaitement assurée.

A l'aide d'un bistouri très étroit, je taille au devant des pinces hémostatiques tout d'abord de dedans en dehors, puis de dehors en dedans, un cône à base antérieure. Ce dernier ne mesure pas moins de 6 centimètres de long sur 5 de large, en le voyant les parents se demandent immédiatement si leur enfant pourra parler, je suis obligé de les rassurer à cet égard. Je passe ensuite aux sutures en avant de mes pinces que je ne retire qu'après

affrontement complet. L'hémorrhagie est insignifiante, l'opération a duré quelques minutes.

Bien que j'aie pris soin d'empiéter davantage sur la moitié gauche plus développée, mon moignon lingual reste asymétrique, ce côté continuant à prédominer.

La langue cependant est rentrée en dedans des arcades et sa base renversée n'obstrue plus les voies digestive et respiratoire.

Lavages fréquents à l'acide borique, pulvérisations, alimentation au biberon à bec.

Les suites sont assez simples, toutefois la fièvre qui existait



Photographie de l'enfant avant l'opération

avant l'intervention persiste pendant quatre jours. Maintenant que la bouche est dégagée, l'on s'aperçoit que deux dents, les incisives latérales supérieures ont poussé pendant la crise.

Les fils sont enlevés au bout de huit jours, pour nous assurer une tranquillité parfaite nous donnons quelques gouttes de chloroforme à l'enfant. La réunion est complète dans les jours qui suivent, la langue continue à regresser, le gonflement cervico-facial diminue également, le petit G. commence à prendre des aliments solides ; exeat au bout de trois semaines.

Je croyais la partie gagnée, lorsque quatre jours après la sortie de l'hôpital, je suis appelé en toute hâte par les parents.

La scène a complètement changé, depuis la nuit précédente

le cou et le côté gauche de la face ont pris un développement énorme plus considérable que jamais, l'enfant amaigri présente un teint pâle, cireux. La tuméfaction dure dans presque toute son étendue, est fluctuante par places.

Toux, râles muqueux, fièvre dépassant 39°.

Il est impossible de songer à aucune intervention ; pour tenter quelque chose, je soigne la bronchite et je fais des applications de glace et des pulvérisations d'éther sur les parties tuméfiées.

L'enfant nous est ramené dans le service, la situation reste



Le petit G..., trois mois après l'intervention.

grave pendant une quinzaine, l'alimentation est difficile et la fièvre demeure élevée, l'amaigrissement devient extrême.

En même temps nous constatons du gonflement au niveau des premières molaires inférieures, les gencives sont largement incisées.

Les parties fluctuantes de l'énorme tuméfaction cervico-faciale gauche sont ponctionnées, un écoulement spontané de lymphe se fait aussi jour par le conduit auditif externe.

Le liquide ambré retiré par ponction des pseudo-kystes avec toutes les précautions voulues, a été analysé bactériologiquement, chose curieuse, les cultures nous ont montré du pneumocoque à l'état pur, une souris blanche inoculée est morte en vingt-quatre heures.

Il est probable que le micro-organisme se trouvait dans la bouche du petit patient et a pénétré par les larges portes lym-

phatiques qui lui étaient ouvertes, lors de l'intervention, ou au niveau des trous de fils de nos sutures.

Quoiqu'il en soit, après l'évolution complète des premières, après l'évacuation spontanée et artificielle des dilatations lymphatiques une amélioration très grande survient, soit dans l'état local, soit dans l'état général.

Le cou et la face reprennent un volume presque normal, la langue toujours un peu asymétrique a beaucoup diminué, l'enfant commence à parler d'une façon assez distincte, les forces et l'embonpoint reviennent rapidement; en quelques semaines notre petit sujet est méconnaissable, il garde toutefois un teint un peu plombé, nous instituons un traitement arsénical qui est bien supporté, l'appétit est excellent.

Aujourd'hui, plus de trois mois après notre intervention, sauf quelques cordons lymphatiques indurés que l'on sent dans les régions sus-hyoidiennes et dans le côté gauche de la face, tout est rentré dans l'ordre.

Examen histologique. — Nous avons pratiqué l'examen histologique de la portion linguale enlevée. A l'œil nu déjà, les coupes nous présentent un aspect aréolaire tout à fait caractéristique.

L'étude des préparations montre qu'il existe une hypertrophie assez manifeste de la couche papillaire, les faisceaux musculaires sont écartés, dissociés, de vastes lacunes de dimensions très variables et à contour irrégulier sont interposées entre eux. Ces espaces sont vides ou contiennent des leucocytes et des globules rouges ⁽¹⁾.

En certains points, l'on remarque des amas de cellules jeunes. Les vaisseaux sanguins ne sont pas altérés, mais ils paraissent plus gros et plus nombreux que d'habitude.

Il semble qu'il y ait là à côté du lymphangiome un certain degré d'angiectasie.

J'ai dit, en débutant, que l'histoire de notre petit malade était caractéristique, elle l'est surtout au point de vue de la marche. Elle nous montre bien *les fluctuations trompeuses* de l'affection et ses *terribles retours à chaque nouvelle poussée dentaire*, elle nous apprend à nous défier de nos succès thérapeutiques qui peuvent être purement momentanés.

(1) Il y a quelques lacunes qui ne contiennent pour ainsi dire que des globules rouges.

A l'heure actuelle, malgré la merveilleuse rétrocession du processus, surtout du côté de la langue qui a repris son volume normal, je crains toujours les méfaits de la dentition et j'ai conseillé aux parents de m'amener l'enfant toutes les semaines afin de me permettre une active surveillance.

Il faut s'en souvenir, l'on a dit que les lymphangiomes étaient surtout dus à la gêne de la circulation en retour de la lymphe et l'on doit voir dans le processus quelque chose d'analogue à ce que nous rencontrons de temps à autre du côté des membres et des organes génitaux, après les polyadénites suppurées et après les larges extirpations ganglionnaires⁽¹⁾.

J'ai eu à traiter un nombre considérable d'angiomes ; dans plusieurs cas, j'ai dû m'arrêter à des extirpations partielles pour des tumeurs mal limitées, la guérison complète est néanmoins toujours venue. Les angiomes sont, en effet, des tumeurs qui présentent cette particularité consolante qu'elles rétrocedent devant ceux qui les attaquent vigoureusement, quand bien même l'éradication ne serait pas totale.

A notre avis, les lymphangiomes sont dans le même cas, et ce que nous avons obtenu du côté de la langue de notre petit sujet en est une nouvelle preuve.

En cet endroit, tout nous semble fini, si nous conservons quelques appréhensions, c'est vis-à-vis des résidus des lymphangiectasies de la face et du cou. Dans le cas où une nouvelle poussée surviendrait de ce côté, si nous étions prévenus à temps, nous n'hésiterions pas, maintenant que l'enfant a repris des forces, à tenter une large extirpation, forcément partielle.

(1) Dans ce cas, il y a des accalmies et des recrudescences, des œdèmes pseudo-éléphantiasiques, les mêmes fluctuations sont à craindre ici en face de toute inflammation bucco-pharyngée.

IV

SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES COMPLICATIONS MORTELLES DES OTITES PURULENTES ET SUR LA PYOHÉMIE OTIQUE

Par **TH. HEIMAN** (Varsovie).

Les très remarquables progrès accomplis par la science dans le traitement des maladies de l'oreille depuis ces vingt dernières années, en ce qui concerne le traitement chirurgical des complications mortelles, des accidents purulents de l'oreille, complications qui, pendant longtemps, ont été considérées comme incurables, se terminant presque toujours par la mort du malade, sont connus de tous les médecins qui s'adonnent à cette spécialité.

Il serait donc superflu d'énumérer ici tout ce qui a été fait dans cet ordre d'idées jusqu'à présent. On ne peut cependant nier que tout en étant en bon chemin il reste encore beaucoup à faire pour obtenir des résultats absolument satisfaisants. Les résultats, laissant à désirer, qui se rencontrent encore bien souvent n'ont pas pour cause l'inexactitude due à la difficulté des méthodes opératoires, et ne dépendent pas non plus du terrain de l'opération qui offre de grands dangers; ils proviennent au contraire en premier lieu de l'insuffisance des moyens de diagnostic des diverses complications pour lesquelles on fonde le diagnostic le plus souvent sur la vraisemblance, de sorte qu'il est bien rarement certain. Chacun sait quelles difficultés présente souvent le diagnostic d'un abcès cérébral, sous-dural, d'une thrombose du sinus sigmoïde, etc., surtout à certaines périodes; or il est incontestable que la période de la maladie pendant laquelle on effectue l'opération

exerce une influence capitale sur le résultat du traitement et plus rapidement on aura éloigné le foyer morbide plus on aura de chances de réussite. Il n'y a pas encore longtemps on considérait l'ouverture de l'apophyse mastoïde non seulement comme un remède prophylactique contre les complications cérébrales et infectieuses mais encore comme un moyen suffisant dans certains cas à enrayer certaines complications débutantes. Actuellement cette manière de voir a changé entièrement et l'opération qu'on entreprend maintenant plus fréquemment a subi d'importantes modifications. L'expérience nous a appris que la seule ouverture de l'apophyse mastoïde ne suffisait pas à éloigner des matières purulentes de la caisse du tympan, surtout dans les otites purulentes chroniques, cette opération est insuffisante; aussi lorsqu'on se trouve en présence de complications d'origine cérébrale ou d'une infection généralisée. La classique opération de Schwarze a néanmoins encore aujourd'hui, en tant qu'opération préventive, conservé l'importance que lui assigna son auteur ou plutôt son rénovateur; elle peut quelquefois sauver la vie du malade à la période initiale des complications mais la plupart du temps elle est insuffisante à écarter un foyer morbide de la cavité crânienne.

Depuis quelques années un assez grand nombre de malades ayant succombé malgré l'ouverture de l'apophyse mastoïde et malgré le plus scrupuleux traitement interne, dans les cas où en apparence on pouvait supposer que ce procédé donnerait les meilleurs résultats, a attiré mon attention sur ce point. Je n'ai pas en vue ici ces cas d'abcès cérébral, de méningites ou de thrombophlébites, opérés à une période avancée où le pronostic dès le début est mauvais; mais je fais entrer en ligne de compte les cas où on pouvait jusqu'à un certain point être persuadé que les symptômes généraux associés à la suppuration de l'oreille tels que douleurs de tête, fièvre, un certain affaiblissement, etc., ne dépendant pas d'une rétention de pus, devaient disparaître après l'ouverture de l'apophyse mastoïde.

Cette incertitude de diagnostic et les foyers purulents que j'ai souvent rencontrés dans la cavité crânienne, sous forme d'abcès sous-dural m'ont décidé déjà depuis quelques années,

chaque fois que je constatais une suppuration accompagnée de fièvre, de douleurs localisées principalement à la région occipitale et lorsque les remèdes usuels (la glace, la chaleur, les sangsues, les purgatifs, la quinine, le salol) n'amenaient pas une amélioration prompte et que ces accidents ne dépendaient pas d'une rétention de pus dans l'oreille, à ne pas me borner à l'ouverture de l'apophyse mastoïde mais à élargir la plaie dans l'os en arrière et à ouvrir la cavité crânienne sur une étendue plus ou moins grande au-dessus ou dans la région du sinus latéral selon les cas. Lorsqu'en plus de ces symptômes ou dans les cas où il n'existe que de la fièvre, on observe des symptômes d'infection généralisée: des frissons, une débilité générale, des douleurs articulaires, etc., j'ajoute aux opérations énumérées la ponction et l'aspiration du sinus latéral au moyen de la seringue de Pravaz pour voir si le sinus contient du sang liquide ou un thrombus; dans ce dernier cas j'incise largement le sinus et je le débarrasse des parties malades. J'emploie la ponction du sinus exclusivement comme moyen de diagnostic. Mes nombreuses observations, ainsi que les descriptions d'autres auteurs prouvent suffisamment que le diagnostic d'un thrombus du sinus latéral et encore plus des autres sinus est pour le moment presque toujours problématique et ne repose que sur des vraisemblances non seulement à la période initiale mais encore dans le cours de l'affection. Même lorsqu'on a découvert le sinus on voit souvent des symptômes trompeurs de thrombus. A cette période de la maladie où le diagnostic est sûr, les chances opératoires sont néanmoins souvent presque nulles. Cependant en ayant recours à la ponction et à l'aspiration du sinus, on obtient un résultat positif, c'est-à-dire que si l'on constate l'absence du sang on est certain qu'il existe un thrombus susceptible de disparaître. Si après la ponction et l'aspiration du sinus nous obtenons du sang liquide, nous ne pouvons nier l'existence d'un thrombus qui peut être pariétal ou se trouver dans un autre sinus, dans le bulbe de la veine jugulaire interne ou dans les veines plus éloignées; mais la ponction elle-même dans ce cas ne perd rien de son importance comme indication d'une intervention ultérieure, car si le résultat de la ponction est négatif on n'a

pas à ce moment d'indications précises pour intervenir sur le sinus. Le résultat, selon moi, a aussi une certaine importance pronostique parce que dans les cas où le résultat de la ponction est négatif la fin est souvent heureuse quand même et ces cas donnent lieu ainsi à des phénomènes relativement bénins. Bien que pratiquant depuis quelques années l'ouverture de la cavité crânienne et la ponction du sinus latéral, je me suis abstenu jusqu'ici de publier mes résultats, désirant auparavant rassembler un certain nombre de cas à l'appui. Je ne réclame pas la priorité car en même temps et peut-être avant moi d'autres se sont occupés de cette question.

Lane et Körner, A. Broca et Maubrac ont pratiqué dans des cas similaires l'ouverture de la cavité crânienne ; et même Lane a pour principe d'ouvrir la cavité crânienne chaque fois que la perforation mastoïdienne est indiquée ; quant à la ponction du sinus latéral elle a été effectuée par Brieger. Cependant je suis parvenu à des conclusions indépendamment de ces auteurs et j'ai été si occupé par mes propres observations que j'ai complètement négligé les travaux des auteurs susnommés ; de plus, comparant il y a quelque temps les dates des travaux publiés avec celle du début de mes observations à ce sujet j'ai pu voir que ces dernières remontaient à une période antérieure aux publications citées.

Depuis que je soigne méthodiquement mes malades atteints de complications mortelles par la méthode décrite plus haut, c'est-à-dire depuis plus de deux ans, je n'ai pas observé un seul cas de leptoméningite diffuse et la mortalité qui dépassait auparavant en moyenne pour huit ans 4,80 % descendait en 1890 à 0,28 % ; le seul cas de décès fut causé par un abcès cérébral, le malade succomba 33 jours après l'ouverture de l'abcès à la suite d'une nouvelle formation de pus.

Je crois que les troubles cérébraux causés par l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne ou de l'apophyse mastoïde qui cessent après l'ouverture de cette dernière ou même sans intervention sont considérés à tort comme réflexes, surtout chez les adultes, car ce sont de véritables complications ayant leur origine anatomique dans la cavité crânienne. Les résultats satisfaisants s'obtiennent par l'opération ou par des remèdes

favorisant l'issue par la cavité crânienne du pus ou d'autres matières morbides, mais malheureusement ce but n'est pas toujours atteint.

Ma méthode diffère de celles que proposent et pratiquent les autres auteurs par cette particularité que je fais toutes les opérations en une séance. En pareil cas on perfore ordinairement l'apophyse mastoïde; si on n'obtient pas d'amélioration, on ouvre la cavité crânienne, c'est-à-dire on découvre le sinus latéral et si cette deuxième opération échoue on incise le sinus. Perdant de vue le fait que la pratique de plusieurs opérations sur les os du crâne influence le malade, nous le suivons pendant quelques jours pour diminuer les chances opératoires. Si les symptômes menaçants disparaissent parfois dès la perforation de l'apophyse mastoïde et si une certaine catégorie de malades guérit sans opération ou si enfin, en ouvrant la cavité crânienne, on ne trouve parfois rien, ce sont des exceptions à la règle générale. D'autre part, l'ouverture du crâne et même du sinus latéral, quoique constituant une intervention sérieuse, n'est pas dangereuse et, effectuée à temps, elle sauve presque toujours la vie du malade. Aussi je pense que mon procédé mérite d'attirer l'attention des spécialistes pour les maladies d'oreille et des chirurgiens.

La crainte que la ponction ou l'ouverture du sinus latéral puisse amener une infection généralisée n'est pas entièrement motivée : 1° parce que cette opération est faite avec toutes les précautions aseptiques et antiseptiques; 2° on opère sur un individu déjà atteint d'infection et la ponction ne produira pas une nouvelle infection; 3° chaque fois que j'ai fait la ponction (10) ou lorsque je blessais accidentellement le sinus (3) le résultat final a toujours été satisfaisant. Une fois seulement chez un homme de 56 ans atteint de néphrite chronique alliée à une otite purulente aiguë il survint une pyohémie mortelle, quatre semaines après la perforation mastoïdienne au cours de laquelle j'avais blessé le sinus latéral.

D'autre part, on craint de pratiquer l'ouverture du sinus latéral pour ne pas y provoquer un thrombus qui prédisposerait à l'infection générale. Rappelons-nous les conditions sous lesquelles se forment les thrombus artificiels et nous serons

persuadés que la crainte de ce côté est aussi quelque peu exagérée.

D'après Virchow ce thrombus se produit mécaniquement, c'est-à-dire par suite d'un ralentissement de la circulation du sang. Pour Brücke le fait le plus important consiste dans la modification des vaisseaux sanguins. Baumgarten a pratiqué des ligatures de vaisseaux sanguins à deux endroits et s'est ainsi persuadé que le sang qui se trouvait entre les deux ligatures n'était pas coagulé ; il faut surtout pendant cette opération prêter une grande attention à l'asepsie. Cette expérience est concluante à l'encontre de l'opinion de Virchow. Zahn a pu se convaincre qu'après la rupture d'une grande partie de la couche moyenne d'un vaisseau il se fixe sur les bords de la plaie une quantité à peine perceptible de corps sanguins blancs et rouges d'aspect granuleux (détritus) et des plaquettes sanguines (Blutplättchen) mais jamais on ne remarque une coagulation totale. Les recherches d'Eberth et de Schimmelbuch ont démontré qu'il est très difficile de provoquer un thrombus artificiel. Si on y réussit quelquefois, il est toujours peu accusé, ne se compose que de plaques sanguines, se limite à l'endroit lésé et disparaît rapidement. Les auteurs cités sont arrivés à conclure que pour la formation d'un thrombus il fallait inévitablement des troubles de la circulation en dehors de la lésion du vaisseau. De son côté König acquit la conviction que dans les grandes plaies où il y a rupture de vaisseaux sanguins, au cas où le malade ne succomberait pas sur le champ, le centre de l'extrémité de la veine s'agglutinait mais il se formait très rarement un thrombus, et dans ce cas on le voit à l'extrémité périphérique de la veine. Leutert a pratiqué une ligature sur les veines rénales et l'y a laissée pendant cinq heures et demie ; or, au bout de cinq jours il ne remarqua nulle trace de thrombus. Plus d'un chirurgien a découvert accidentellement ou intentionnellement le sinus latéral pendant l'opération et cependant à l'autopsie on n'a pas trouvé de thrombus à cet endroit. Pour qu'un thrombus puisse se former il est avant tout indispensable qu'il existe une inflammation des parois du sinus dans toute son étendue, que les bacilles inflammatoires agissent durant un laps de temps plus prolongé et que le sang

soit tellement imprégné de toxine et son pouvoir bactéricide si modifié que les microcoques puissent librement s'y développer.

Le thrombus peut se former aussi sans l'inflammation des parois du sinus après des modifications toxiques du sang, provoquées à la suite de la perméabilité pour les microbes d'une certaine partie des parois du sinus qui, par sa structure, favorise la formation d'un thrombus.

Zaufal a déjà remarqué qu'une infection du sang s'étant produite une fois est sans importance pour l'organisme; quant à moi je crois qu'il ne faut adhérer à cette opinion qu'avec une certaine réserve. Zaufal croit que l'instrument employé pour l'opération, même lorsqu'il n'est pas aseptique, ne provoque qu'une réaction imperceptible ou nulle sur l'organisme parce que les microbes qui auraient pénétré dans le sang y péri-raient rapidement. Si les parois de quelques vaisseaux sanguins étaient entourées d'un tissu infecté, et que ces parois soient enflammées, les conditions dans lesquelles s'effectuerait l'opération seraient déplorables. Puisque l'inflammation, c'est-à-dire l'infection des parois du sinus, est la période la plus critique pour les thrombus ceux-ci seront toujours infectieux et jamais bénins.

De tout ce qui précède il résulte que nous ne provoquerons jamais un thrombus après l'ouverture artificielle du sinus et si cela arrivait, le thrombus ne pousserait pas à l'infection; de plus, il résulte de ce qui a été dit que la ponction du sinus *eo ipso* ne provoquera pas une nouvelle infection si celle-ci existe déjà. Il est vrai qu'on a rapporté deux observations qui ne sont pas tout-à-fait concluantes, l'une de Langenbuch et l'autre de Steinbrugge, cas auxquels on pourrait ajouter celui que j'ai cité plus haut où l'ouverture du sinus provoqua un thrombus mortel. Dans le premier de ces cas, il existait une fièvre infectieuse avant l'opération et le malade aurait succombé de toute manière, car il est évident que l'opération ne peut pas toujours sauver le malade. Dans l'autre cas le sinus se rompit pendant l'exploration par le stylet, ce qui prouve qu'il était déjà pathologiquement modifié et qu'il se présentait dans de bonnes conditions pour l'infection générale. Chez mon

malade, le thrombus se forma plus de quatre semaines après la blessure des parois du sinus, il était donc imputable à une infection secondaire. En tous cas cette question n'étant pas encore entièrement élucidée nous devons être très prudents pour l'ouverture du sinus latéral et ne l'effectuer qu'avec les plus minutieuses précautions aseptiques ou antiseptiques. Nous devons d'autant plus éviter la lésion accidentelle du sinus qu'il existe ici des conditions tout autres que dans le premier cas quand on ouvre le sinus intentionnellement. Avant d'ouvrir le sinus nous désinfectons le champ opératoire afin d'empêcher le plus possible les microbes de pénétrer dans le sang. S'il survient une blessure accidentelle du sinus les microbes et leur toxine peuvent s'introduire dans le sang en quantité telle que l'organisme ne résiste pas toujours et finit par succomber. Il faut aussi ne jamais oublier que le degré d'infection dépend non seulement de la quantité mais encore de la qualité des microbes et avant tout de l'immunité de l'organisme qu'on ne peut jamais limiter d'avance ; or, d'après moi, c'est avant que se produit la période la plus critique dans le développement de l'infection. Je dirai entre parenthèse que l'issue favorable des opérations décrites et même avec perforation mastoïdienne est influencée par le lavage de la plaie après l'opération. J'ai pu me convaincre qu'en laissant la plaie avec son liquide naturel la guérison est plus lente que par des lavages. Même lorsque la suppuration est abondante, je me borne à un léger remplissage de la plaie avec de la gaze stérilisée ; il faut dans ce cas changer fréquemment le pansement. La suture partielle de la plaie agit tout aussi bien. Il est presque superflu d'ajouter qu'on doit bien se garder de provoquer par la suture la rétention de pus.

Si nous comparons les cas de pyohémie qui ont eu une issue heureuse à ceux qui ont amené la mort du malade, nous voyons que dans les premiers le thrombus n'existait pas dans le sinus latéral, d'où l'on peut conclure que les cas de cette catégorie n'ont pas une marche aussi menaçante qu'on pourrait le croire et que la plupart du temps ils se terminent bien. Donc, les cas de thrombus ont presque sans exception une issue fatale et même lorsque le thrombus est écarté par l'interven-

tion, plus de la moitié des malades succombent. C'est pourquoi au point de vue clinique il est nécessaire d'établir une distinction entre une pyohémie avec ou sans thrombose.

Körner, Hessler et Brieger qui défendent l'opinion consistant à croire que la pyohémie ostéogène peut se développer sans que les sinus cérébraux y prennent part, expliquent son origine par la pénétration directe des microbes à travers les parois des vaisseaux sanguins. Körner prétend que cette forme de pyohémie se développe par l'inflammation des petites veines osseuses qui servent d'intermédiaires et qui facilitent le passage du pus du foyer primitif dans le sang. Hessler admet encore une troisième forme de pyohémie ossique « qui accompagne les métastases et une prise partielle des sinus ; cette forme se développe au moyen des petits thrombus formés dans les veines osseuses, qui pénètrent dans le sinus et sont emportés dans le sang ». Les trois auteurs précédents sont d'avis que tous les cas de pyohémie guéris n'ont pas le thrombus pour base. Jansen remarque dans un travail plus ancien que plusieurs cas de guérison de pyohémies rapportés dans la littérature médicale étaient dépourvus de thrombus. Dans un travail plus récent cet auteur a changé d'opinion en ce sens qu'il trouve que la pyohémie sans thrombus est fort rare. Leutert, en se basant sur douze cas, affirme que jusqu'à présent personne n'a démontré l'existence d'une pyohémie sans thrombus et en tout cas c'est, d'après lui, un fait extrêmement rare. Les défenseurs de la possibilité de la pyohémie sans thrombose basent leur opinion sur les points suivants :

1° Une inflammation aiguë de la moelle de quelques os peut produire une pyohémie par les petites et les plus petites veines osseuses, pourquoi ne pourrait-il pas se produire quelque chose d'analogue dans les inflammations aiguës de l'apophyse mastoïde ;

2° Quand on trouve un thrombus l'os voisin est entièrement sain, cela prouve que le thrombus se développe à son tour à la suite de la thrombose des petites veines osseuses ;

3° Dans les cas où les malades ont succombé à la pyohémie on n'a trouvé aucun thrombus à l'autopsie ;

4° Un nombre considérable de pyohémies ont guéri par la

perforation de l'apophyse mastoïde sans ouverture du sinus.

Leutert repousse les arguments devant démontrer la possibilité de l'existence d'une pyohémie sans thrombose. Il croit qu'on ne peut conclure à une analogie entre l'ostéomyélite et l'inflammation de l'apophyse mastoïde ; dans le premier cas l'inflammation englobe une grande partie de l'os et de la moelle, cette dernière offre une prédisposition considérable pour fournir au sang des éléments infectieux à la suite de sa richesse en vaisseaux sanguins en raison de l'épaisseur et de la ténuité de leurs parois. En outre, beaucoup de ces pyohémies se développent aussi par la thrombose. Dans l'un et dans l'autre cas la ténacité des microbes a aussi une grande importance ; l'influence en est moindre toutefois dans l'inflammation de l'apophyse mastoïde. Leutert ne nie pas le second point mais il ne démontre nullement que la pyohémie se développe par l'effet des veines osseuses. Il n'est pas toujours possible de démontrer microscopiquement si l'os est sain ou non ; on reconnaît une inflammation récente de l'os, lorsqu'elle se produit en même temps dans les parois du sinus, à une rougeur exagérée qui peut entièrement disparaître à l'autopsie si les conditions de l'écoulement du pus ont été normales pendant la vie du malade. Lorsque l'os est nécrosé on ne peut le distinguer d'une sclérose très développée. L'état réel de l'os ne peut être reconnu qu'au moyen du microscope. On ne peut pas non plus accepter comme règle que l'inflammation de l'os provoque toujours un thrombus dans la partie voisine du sinus.

Toutefois on rejettera la théorie selon laquelle le thrombus ne se développe pas dans le bulbe de la veine jugulaire à la suite d'une propagation de l'inflammation de l'os (paroi inférieure de la caisse) mais sous l'influence des microcoques qui se trouvent au dessus du bulbe et qui y pénètrent par le sinus sigmoïde. (Pourquoi un pareil développement ne peut-il exister dans les autres parois de la caisse ?)

Lorsqu'on ne constate pas de thrombus à l'autopsie des personnes mortes de pyohémie c'est, selon L., une preuve qui n'est pas toujours facile à démontrer. D'après les dernières recherches, le thrombus se trouve souvent et presque exclusivement

dans le bulbe de la veine jugulaire, ce qu'avaient déjà remarqué Trœltzsch et Schwartz. Dans certains cas des fragments du thrombus dissous peuvent être si petits qu'ils passent inaperçus.

L. considère les cas de pyohémie disparaissant après la perforation de l'apophyse mastoïde comme appartenant à la catégorie dont a parlé Virchow, le premier observateur de la pyohémie prétendant qu'en écartant le foyer du pus, le thrombus inflammatoire peut guérir.

L'expérience que j'ai acquise m'oblige à distinguer la pyohémie avec thrombose de la pyohémie isolée. Je ne nie pas que l'absence de thrombus dans le sinus latéral n'exclut pas sa présence à un autre endroit; mais la pratique démontre que, sinon tous, du moins la plupart des cas se terminent par la mort à la suite d'un thrombus du sinus latéral; dans les cas où l'on ne trouve pas les thrombus on obtient la plupart du temps la guérison et comme le démontrent mes observations tous les malades de cette catégorie se remettent. Cela me donne le droit de conclure que dans ces cas il n'existe pas de thrombus ou ce qui est moins probable que les thrombus qui se trouvent dans d'autres sinus sont moins mauvais. Aussi le thrombus du sinus latéral a-t-il, au point de vue thérapeutique, la plus grande importance, étant le plus accessible aux manipulations opératoires; c'est d'ailleurs l'unique thrombus qu'on opère; l'enlèvement du thrombus des autres sinus pour le moment est impossible; toutes les fois qu'on a tenté cette opération elle était hérissée de difficultés et a donné des résultats défavorables; aussi ne peut-on faire entrer ces interventions en ligne de compte.

Aux quatre points cités plus haut, démontrant l'existence de la pyohémie otique sans thrombose, j'ajouterai encore le résultat négatif qu'on obtient par la ponction du sinus et l'aspiration de son contenu.

Quoique Leutert dise que le résultat négatif de la ponction n'exclut pas l'existence d'un thrombus des parois du sinus, je crois pourtant que nous devons admettre qu'il n'y a point de thrombus ou qu'à la suite de l'intervention opératoire, les malades supportent mieux leurs maux. Nous basons cette opi-

nion sur le fait que tous ou presque tous les malades de cette catégorie guérissent.

Mon expérience m'apprend encore qu'à la période initiale de la pyohémie ou de la septico-pyohémie le thrombus n'existe pas mais qu'il se développe plus tard et qu'on peut l'éviter par un traitement approprié. L'opinion de Leutert, suivant laquelle les conditions de développement de la pyohémie dans l'ostéomyélite sont autres que dans l'inflammation de l'apophyse mastoïde est absolument théorique, de même que pour la pénétration moindre des microbes dans le sang en raison du nombre restreint des vaisseaux sanguins dans l'apophyse et c'est pour cette raison aussi que l'infection est moins prononcée. Il est vrai que l'organisme peut éliminer facilement de petites quantités de toxine, mais si le sang reçoit continuellement des quantités nouvelles il arrivera un moment où l'organisme en sera imprégné à un tel degré qu'il se développera une infection généralisée. Enfin la quantité des microcoques peut être minime et cependant une infection peut résulter de leur ténacité. C'est pourquoi il est secondaire qu'il naisse dans le sang des quantités plus ou moins considérables de toxine ou de microbes. Les cas où le malade n'a pas succombé à la pyohémie par un thrombus diagnostiqué dans le sinus latéral sont extrêmement rares, et, d'après moi, sont douteux parce que le thrombus dont l'existence n'est pas confirmée ni par l'opération ni à l'autopsie, demeure toujours incertain.

Quant à la marche satisfaisante de la pyohémie sans thrombose je me l'explique ainsi : dans cette forme d'infection il entre dans le sang par les parois des vaisseaux, soit par le sinus, des microbes qui se dissolvent et les produits de cette dissolution ainsi que les microcoques se dispersent dans le sang ; mais ils n'y trouvent pas, si on peut s'exprimer ainsi, de point d'appui pour la continuation de leur développement. Quoique ces venins exercent une influence nocive sur le sang ou plutôt sur ses corpuscules blancs, ils rencontrent un ennemi dangereux dans le sérum sanguin qui s'efforce de les détruire et souvent y parvient. Lorsqu'il y aura dans le sang une quantité de microbes telle que ceux-ci acquerront la prépondérance

sur les propriétés bactéricides du sang, il se formera un bon terrain pour leur développement et ils se localiseront dans certaines parties du corps telles que les articulations ou dans les muscles, plus rarement dans les organes internes. Ils seront plus rares dans ces derniers à cause du nombre des vaisseaux sanguins de ces organes qui *eo ipso* possèdent plus de sang, ce qui leur permet de s'opposer plus longtemps à l'action des microcoques (1). Des conditions tout autres se produisent lorsqu'il se développe un thrombus dans le sinus à la suite d'une inflammation de ce dernier ou quand des masses infectieuses ont agi longtemps sur celui-ci. Des microcoques et leur toxine du foyer infectieux se forment ici dans le sinus et trouvent sur le champ, dans le thrombus, un excellent terrain pour leur développement et c'est pourquoi la circulation du sang se ralentit et que le thrombus se forme, pour enfin s'arrêter dans un certain espace ; ce qui diminue notablement le pouvoir bactéricide dans le sinus. Sous l'influence des microcoques, le thrombus se dissout et de petites parties (embolies) s'en détachent par l'action du sang qui circule périphériquement sur le thrombus ; selon leurs dimensions, ces fragments se localisent soit dans les vaisseaux sanguins des organes intéressés ou dans les parties périphériques de l'organisme ou même dans tous les deux. Ces petites parties forment de nouveaux foyers infectieux dans lesquels les micrococci qu'ils contiennent trouvent un point d'appui pour leur développement, et si le malade n'a pas succombé avant, ils provoqueront une nouvelle dissolution de ces parties. En raison du grand nombre de ces foyers infectieux et des microbes qu'ils contiennent, ainsi que par les microcoques qui se meuvent dans le sang, l'organisme ne peut presque jamais supporter l'action nuisible de ces venins, il lui est impossible de résister à ces facteurs homicides et le malade succombe tôt ou tard. Ces faits prouvent les raisons pour lesquelles la pyohémie sans thrombose n'est relativement pas si mauvaise. Encore une fois j'appelle l'attention sur le fait que ces pyohémies se transforment en pyohémies thrombosées si on n'a pas en temps utile

(1) En un mot la lenteur du procédé est ici d'une importance capitale.

pris des mesures préventives efficaces. Il résulte aussi de ces relations que la pyohémiè thrombosée découle de la pyohémie sans thrombose ou qu'elle est thrombosée dès le commencement, provoquée par les causes décrites ci-dessus.

J'observe souvent des cas de pyohémies thrombosées qui, à leur période initiale, ont une marche très douce et à peine perceptible, qu'on pourrait très facilement prendre pour une fièvre intermittente, si on n'apportait pas toute son attention à l'otorrhée et même en en tenant compte. Pendant la période d'apyrexie les malades se portent très bien. Il ne faut pas oublier que les otorrhées surviennent parfois au cours d'une fièvre intermittente. D'autre part j'ai observé un certain nombre de pyohémies sans thrombose qui, dès leur début, avaient déjà le caractère d'une maladie générale très sérieuse et infectieuse. Je m'explique ainsi ces cas : dans la pyohémie sans thrombose le sang absorbe pendant la période initiale une certaine quantité de matières vénéneuses que l'organisme supporte bien et qui ne provoquent aucune réaction. C'est seulement lorsque le sang sera imprégné de ces venins que l'organisme commencera à réagir fortement, ce qui se manifeste par des symptômes dangereux. Naturellement, le degré d'immunité de l'organisme dont j'ai parlé plus haut jouera un rôle considérable.

Dans la pyohémie thrombosée, en dehors d'une certaine quantité de microcoques dispersés dans le sang comme dans la première forme il s'en amasse tout d'abord dans le thrombus où ils se développent. Lorsque des parcelles du thrombus se détachent en plus grand nombre, elles provoquent momentanément une réaction du côté de l'organisme qui tâche de s'en débarrasser (¹). Au bout de quelque temps d'autres fragments se détachent et provoquent une nouvelle réaction. J'admets qu'entre les deux périodes où se détachent des morceaux de thrombus il reste un intervalle marqué par la période d'apyrexie et que pendant ce temps il se développe des microbes emportés dans les morceaux du thrombus principal.

(¹) Or, comme les microbes se trouvent principalement dans ces fragments, l'organisme s'y habitue pendant un certain temps.

C'est lorsque le sang contiendra un grand nombre de ces parcelles que l'infection se déclarera dans toute sa force.

Bien que dans la pyohémie sans thrombose, les métastases se bornent souvent à un gonflement et même à des douleurs des diverses articulations, cela n'exclut pas l'existence de cette maladie s'il existe en même temps une série d'accidents qui sont caractéristiques de cette infection. Un médecin ayant peu d'expérience le prendra facilement pour un rhumatisme, mais il sera vite désabusé. Il n'y a cependant aucun doute que l'otorrhée puisse se compliquer d'un rhumatisme articulaire ou musculaire qui provoque souvent une réaction générale grave ; et d'autre part le rhumatisme se complique parfois d'otorrhée ou bien les affections auriculaires chroniques s'exaspèrent sous l'influence du rhumatisme. La marche du rhumatisme diffère de celle de la pyohémie et le doute ne peut subsister que momentanément.

Je n'aborderai pas ici la question de la ligature de la veine jugulaire dans la pyohémie avec thrombose, parce que mon expérience sur ce point ne me permet pas de tirer une conclusion quelconque et que, d'autre part, je trouve superflu de répéter les lieux communs sur cette matière.

L'assertion que la pyohémie sans thrombose se développe avant tout dans les otorrhées aiguës et qu'on rencontre plus souvent la pyohémie avec thrombose qu'à la suite des otorrhées chroniques n'est pas exacte selon moi. Dans les deux cas nous rencontrons également les deux formes de pyohémie. Le but principal de cette communication est le traitement de la pyohémie au début.

Pour me résumer en me basant sur la clinique j'arrive aux conclusions suivantes :

1° Les complications mortelles de l'otorrhée offrent encore actuellement beaucoup de lacunes au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

2° Dans les otites moyennes purulentes, s'il n'y a pas rétention du pus et s'il existe des troubles généraux : fièvre, débilité, etc., ou des accidents locaux du côté du cerveau, l'ouverture de la cavité crânienne en dehors de la perforation de l'apophyse mastoïde est indiquée.

3° L'ouverture de la cavité crânienne est indiquée même dans les cas où on ne trouve pas les produits morbides qu'on pense y trouver. Cette opération diminue la pression intra-crânienne ainsi que les conditions d'absorption des éléments infectieux.

4° Quand on soupçonne l'existence d'un thrombus dans le sinus latéral, il faut, après l'ouverture du crâne, ponctionner et aspirer le contenu du sinus. Cette partie de l'opération est d'une très grande importance pour le diagnostic et décide dans la plupart des cas la nécessité de continuer l'opération sur le sinus.

5° La ponction exploratrice et même l'incision du sinus ne peuvent amener une infection généralisée si on s'entoure de précautions aseptiques et elle n'est surtout pas nuisible lorsqu'il existe des accidents infectieux.

6° Au point de vue clinique il faut distinguer deux formes de pyohémie, la forme avec thrombose et celle sans thrombose du sinus. Pour la thérapeutique opératoire la pyohémie avec thrombose du sinus latéral est de la plus haute importance.

7° La pyohémie thrombosée découle le plus souvent de la pyohémie sans thrombose. Les deux formes surgissent si les foyers infectieux de l'organe auditif et principalement de la cavité crânienne ne sont pas enlevés à temps ou si les conditions d'absorption de ces matières ne sont pas supprimées. Le développement des deux formes de pyohémie dépend souvent du moment où commence la résorption des masses infectieuses.

8° Le pyohémie sans thrombose a presque toujours une issue satisfaisante par l'application d'une thérapeutique rationnelle et même sans elle.

9° La pyohémie thrombosée se termine presque toujours par la mort ; une intervention opératoire effectuée à temps sauve cependant un certain nombre de malades.

10° Le choix du moment de l'opération dans les complications mortelles des otites purulentes, principalement lorsque se manifestent les symptômes d'infection généralisée, est souvent très difficile. Lorsqu'on peut attendre sans crainte pour le malade il vaut mieux ne pas se hâter d'intervenir et s'assurer du diagnostic.

En cas d'accidents graves il faut recourir immédiatement à une intervention chirurgicale énergique.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS
ATTICO-MASTOÏDIENNES ET DES AFFECTIONS
INTRACRANIENNES CONSÉCUTIVES (1)

Par **RICARDO BOTEY**

On sait que dans les suppurations attico-mastoïdiennes il faut agir aujourd'hui d'une manière différente, si l'affection est aiguë ou chronique.

En général, dans tous ces cas, je crois que le traitement conservateur est insuffisamment apprécié; on a trop de tendance à intervenir *manu armata* à la moindre alarme. Il existe, par exemple, beaucoup d'antro-mastoïdites aiguës dues à une otite moyenne aiguë, qui peuvent guérir par une médication anti-phlogistique appropriée, quand la trépanation de l'apophyse semble inévitable comme cela m'est arrivé bien des fois. En semblable occurrence, la trépanation seule de la mastoïde et de l'antre, si les circonstances nous obligent à l'effectuer, après avoir attendu le temps nécessaire, est l'opération de choix, puisque la caisse, l'attique et l'*aditus* ne sont pas à proprement parler des cavités suppurantes *per se* mais simplement une voie par où le pus s'écoule vers le conduit auditif externe.

En échange, dans les antro-mastoïdites chroniques suppurées, l'attique et principalement la paroi externe de l'*aditus* sont presque toujours le siège de caries et en ce cas, se borner à l'ouvertures des cellules, est à coup sûr exécuter une opération incomplète, car les lésions sont bien plus profondes et en agissant ainsi nous nous exposons à une récurrence dans la moitié

(1) Communication au XII^e Congrès International de Médecine, Moscou, 19-26 Août 1907.

des cas. Il faut, dans ces cas, trépaner les cellules et la caisse; mais avant d'intervenir, je crois qu'il faut insister beaucoup plus qu'on ne le fait actuellement sur le traitement conservateur. Le curettage de la caisse et l'extraction des osselets m'ont évité très souvent de recourir à l'opération de Stacke plus ou moins simplifiée ou modifiée.

Je n'entrerai pas ici dans des détails circonstanciés sur le diagnostic et la technique opératoire de ces suppurations, je dirai seulement quelques mots sur le résultat de mon expérience à ce sujet et je passerai de suite aux complications intracrâniennes des otites, but principal de ma communication.

Le diagnostic de la suppuration de l'attique est aisé la plupart du temps; la perforation de la membrane de Shrapnell, la destruction de grandes portions du tympan, principalement dans les régions postéro-supérieures, et les renseignements que nous donne le stylet, etc., sont des données suffisantes pour éclaircir cette question, malgré que très souvent le siège précis de la lésion soit assez difficile ou impossible à trouver. Quand la suppuration est profuse, les douleurs vives, les granulations abondantes et surtout s'il y a chute de la paroi postéro-supérieure du conduit, sensibilité et infiltration mastoïdienne, il existe, comme on sait, une propagation du mal à l'antre et aux cellules.

Une fois l'intervention décidée, je ne crois pas que l'on doive se servir dans tous les cas du même procédé opératoire. A part les affections aiguës, dans lesquelles, comme je l'ai dit, il faut presque toujours effectuer la trépanation classique de Schwartze, dans les cas chroniques l'opération de Stacke seule ne suffit presque jamais, car les lésions siègent en outre dans l'antre. C'est pourquoi, invariablement dans tous les cas, il faut séparer aussi la paroi de l'aditus et une petite portion de la paroi postéro-supérieure du conduit, comme je le fais dans toutes les circonstances où il paraîtrait suffisant de s'en tenir à l'atticotomie pure. Il va sans dire que si chemin faisant nous trouvons des lésions cario-longueuses dans la périphérie de l'antre ou dans les cellules, nous pratiquerons une attico-antrectomie ou nous trépanerons la mastoïde et la caisse.

Quant aux lambeaux et aux soins post-opératoires, je ne

crois pas que l'on doive suivre toujours la même ligne de conduite. Si les lésions sont plutôt profondes et les cellules peu ou point intéressées, j'emploie le procédé de Kœrner en suturant immédiatement, non pas toute l'incision rétro-auriculaire, mais seulement les deux tiers supérieurs ; je place alors une mèche de gaze qui pénètre jusqu'au fond de l'antre par l'ouverture inférieure. Cette mèche, que je renouvelle dans tous les pansements, est enlevée au bout de trois ou quatre semaines, le malade est de la sorte mis à l'abri des trajets fistuleux et des petits abcès ultérieurs, sans perdre pour cela les avantages d'une épidermisation et d'une cicatrisation rapide.

Dans les autres cas, j'ai recours au procédé de lambeaux de Panse et plus fréquemment à celui de Stacke, avec un point de suture souple sur la lèvre postérieure de la plaie comme le conseille Schwartze ; mais je n'attends pas le revêtement épithélial complet de la cavité osseuse pour clore définitivement l'ouverture rétro-auriculaire ; je ferme celle-ci bien avant, car autrement il subsiste une ouverture permanente malgré que l'on rafratchisse les bords où que l'on sépare la peau des tissus subjacents, qui, dans ces occasions, est fortement adhérente et épidermée sur tout son pourtour. Quand l'épidermisation est étendue à la moitié de la cavité osseuse ou à peu près je suture peu à peu la plaie opératoire.

Dans le cholestéatome et quand il s'est produit des complications cérébrales, je crois prudent de laisser en permanence l'ouverture rétro-auriculaire, mais je ne me sers jamais des lambeaux de Kretschmann, qui empêchent l'occlusion définitive, car même dans ces cas on peut ultérieurement fermer cette ouverture.

Le diagnostic des différentes complications cérébrales est encore obscur et incertain ; il reste beaucoup à faire dans ce sens. Dans la pratique il est très souvent difficile de distinguer un abcès cérébral d'un foyer de méningite et quelquefois même d'une thrombo-phlébite du sinus transverse. La symptomatologie de chacune de ces complications au chevet du malade n'est presque jamais bien caractéristique. Malgré tout je pense, avec Broca, que cette précision diagnostique n'est pas indispensable pour se décider à intervenir.

Une douleur excessivement violente, intolérable, qui ne laisse au malade, ni jour ni nuit, un moment de repos, localisée à tout un côté de la tête, et qui dure plusieurs jours, accompagnée de délabrements étendus et profonds de l'oreille, est comme j'ai eu occasion de l'observer, parfois uniquement un symptôme de pachyméningite, sans abcès extra ni intra-dural et même sans existence de granulations sur la dure-mère. J'ai opéré des enfants et des adolescents ayant un pouls fréquent, des élévations brusques de température, etc., offrant en un mot des symptômes de méningite et de phlébite crânienne et chez lesquels il s'agissait d'un abcès cérébral parfaitement circonscrit.

Quant à la durée et à la marche des accidents tels que: vomissements, prostration, somnolence, état comateux, délire, inconscience, troubles aphasiques ou paraphasiques, monoplégies, etc., je les ai observés quelquefois pendant trois ou quatre semaines, avant la mort. Souvent même apparurent dans les huit ou dix derniers jours des symptômes très alarmants, pouvant entraîner le décès, tels que respiration saccadée, température très élevée, pupilles immobiles, perte complète de la conscience, pouls excessivement fréquent, etc., et malgré tout, le lendemain cet état très grave avait en grande partie disparu, pour reparaitre au bout de deux heures ou quarante-huit heures et se répéter trois ou quatre fois à intervalles plus ou moins espacés.

D'autres fois il m'est arrivé que, les parents du malade refusant l'opération, celui-ci succomba au bout de quelques jours, voire même en quelque heures, et quand l'on se décidait enfin à me laisser intervenir, le malade mourait quelques heures avant l'opération quand tout était disposé pour l'effectuer.

Ma statistique de 10 cas d'intervention pour lésions encéphaliques d'origine otitique, n'est pas, malgré tout, trop mauvaise. Elle se décompose en 7 cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal, abcès cérébelleux et péri-sinusal et une trombo-phlébite du sinus transverse. Sur plus de 40 cas que je vis, je ne pus en opérer que 10, les 30 non opérés moururent tous, et sur les 10 autres 4 également succombèrent. Peut-être, le décès du malade atteint de phlébite provient-il de ce que je ne liais pas la jugulaire interne; pour les trois malades affectés d'abcès

cérébraux, l'un mourut des symptômes de méningite généralisée et les deux autres d'une hernie cérébrale gangrenée.

Par conséquent il est évident que sitôt que surviennent au cours d'une otorrhée chronique les premiers signes de complication cérébrale, il faut agir dans le plus bref délai, car c'est une question d'heures plutôt que de jours si l'on veut obtenir de beaux résultats.

A mesure que j'ai acquis plus d'expérience, j'ai modifié peu à peu mon manuel opératoire, mais je crois qu'il y a encore à faire dans ce sens. Si l'état des forces le permet, je commence toujours par la trépanation des cellules, de l'antre et de la caisse. Je trouve toujours dans les parois de ces cavités le pertuis ou la brèche osseuse qui me met en rapport avec le cerveau et ses membranes. Le stylet recourbé à son extrémité s'adapte parfaitement à cette besogne.

Avec des ciseaux spéciaux que je fis construire à Barcelone, dont le tranchant est limité par de petits boutons très peu saillants, je puis agir sans crainte de blesser les méninges, et j'agrandis facilement la perforation dans le sens et l'étendue convenable.

Si la dure-mère, quoique rouge et enflammée, est intacte, je crois bien préférable de ne pas l'ouvrir. Une fois sa surface bien désinfectée, je la traverse avec une canule de 2 millimètres de diamètre munie de son trocart et je l'introduis à la distance et dans la direction convenable, ne dépassant pas 3 centimètres ; je retire le trocart et j'aspire, en même temps que je retire doucement la canule, avec une seringue, le liquide purulent. Je répète cette opération dans une autre direction trois ou quatre fois. En agissant ainsi, la canule ne s'obture pas par un bouchon de substance cérébrale, et ne peut s'infecter.

Si cette exploration est négative, je crois qu'il ne faut pas passer outre et s'en tenir à cette opération, car j'ai remarqué que la dure-mère est extrêmement tolérante pour les lésions cario-fongueuses qui se trouvent à son contact, et lorsqu'elle est dénudée, très enflammée et même fongueuse, cela ne signifie pas toujours qu'il existe profondément un abcès intra-dural ou cérébral.

Quand l'aspiration ramène du pus ou qu'il existe d'abondantes



fongosités sur la dure-mère, il faut les extirper, et élargir l'ouverture osseuse, principalement en dehors, jusqu'au voisinage de l'orifice du conduit auditif.

Broca a raison quand il repousse toutes les méthodes de trépanation du crâne pour l'abcès cérébral otitique, qui perforent l'os plus ou moins loin de la mastoïde et du conduit; car, excepté dans les cas où cette perforation siège immédiatement au-dessus du méat auditif osseux, tous les autres procédés ont le grave inconvénient de ne pas pénétrer dans la partie la plus déclive de l'abcès.

Chez un malade que j'ai opéré il y a quelques mois, il existait d'abondantes fongosités sur le conduit jusqu'au voisinage du méat auditif; des accidents cérébraux tels que : état semi-comateux, ralentissement du pouls (de 56 à 60), vomissements, paraphasie (le malade employait un mot au lieu d'un autre et en avait conscience), élévation de température à certaines heures de la journée (39,2), prostration, anorexie, etc. Je trépanai la mastoïde, que je trouvai scléreuse, l'antre et la caisse. La paroi supérieure du conduit auditif osseux était en grande partie détruite par la carie de même que le conduit cutanomembraneux. Malgré cela le *tegmen tympani* était intact ainsi que la paroi postérieure de l'antre. Au-dessus de la paroi supérieure du conduit auditif osseux et à quelques millimètres de son ouverture il existait sur l'os une solution de continuité du diamètre d'une lentille remplie de fongosités, et à travers laquelle un stylet pénétrait profondément. J'agrandis cette ouverture, en commençant par le bord supérieur du méat osseux et remontant jusqu'à la base de l'écaille du temporal à 4 ou 5 millimètres au-dessus de la *linea temporalis*, en séparant après l'os situé en dessus de cette paroi supérieure du conduit, c'est-à-dire celle qui forme la face supérieure du rocher, à une profondeur de plus d'un centimètre.

Je pus alors explorer parfaitement le lobe temporo-sphénoïdal, retirer les fongosités des méninges et découvrir un abcès du volume d'un œuf de pigeon, situé entre le tiers moyen et le tiers postérieur de la troisième circonvolution temporale. Il en sortit deux petites cuillerées de pus. Le drainage s'effectua parfaitement; l'opération fut facile; la hernie cérébrale fut



évitée dans une certaine mesure, car il restait dans le fond de la cavité osseuse le *tegmen tympani* et presque la moitié du *tegmen antri*. L'ouverture située immédiatement au-dessus du méat osseux avait un centimètre de hauteur sur la portion la plus basse de l'écaille.

J'introduisis dans la cavité de l'abcès un peu de gaze iodée. Cette cavité se remplit peu à peu de bourgeons charnus, qui sont superficiellement remplacés aujourd'hui par du tissu fibreux recouvert d'une couche épidermique.

J'ai opéré un autre malade de la même façon avec succès. Aussi je pense que cette méthode de trépanation, quand on peut l'appliquer, réunit les avantages des procédés mastoïdiens et des procédés sur l'écaille, sans les inconvénients inhérents aux uns et aux autres.

En effet, la perforation sur l'écaille du temporal a les avantages suivants : L'opération est rapide et facile, elle permet d'embrasser une région étendue et d'explorer les centres nerveux dans diverses directions, tout en ne mettant pas les méninges et la substance cérébrale en contact direct avec la cavité auriculaire infectée. Mais en échange ces trépanations offrent les inconvénients suivants : Il peut arriver que l'on passe au-dessus de l'abcès cérébral et principalement d'un abcès extra ou intra-dural et même les ouvrir incomplètement et sur la paroi le moins déclive. De plus, quand le foyer purulent est situé sur le *tegmen tympani*, il passe inaperçu, et il est nécessaire d'opérer le malade de nouveau ; il subsiste alors une perte de substance étendue sur les parois du crâne qui nous oblige à recourir ultérieurement à une ostéo-plastique et qui, par conséquent, expose à la hernie cérébrale et à d'autres complications infectieuses.

D'autre part, le procédé mastoïdien préconisé par Wheeler en 1887, employé par Pritchard et Kretschmann, et défendu chaleureusement par Broca, en France, offre comme avantage de faire retrouver le point d'infection intra-cranien, d'être situé au point déclive où il est probable de trouver des adhérences protectrices, mais on ne peut nier que son exécution soit plus longue, le champ opératoire profond et étroit ce qui fait qu'un abcès situé en haut, en dehors ou en avant peut passer inaperçu.

En perforant l'écaille près du bord supérieur du méat, en même temps que la moitié externe de la paroi supérieure du conduit, nous obtenons une ouverture suffisante, qui permet d'explorer une région étendue, qui ouvre une brèche à un endroit très voisin ou à la même place par où s'est propagée l'infection. Par mon procédé on obtient une perforation crânienne très petite, facile à protéger par un lambeau cutanéo-périostique et recouverte, en outre, par le pavillon de l'oreille, sans qu'il soit nécessaire d'abattre, comme Jansen, toute la paroi supérieure et postérieure de la cavité antro-mastoïdienne jusqu'au labyrinthe, ce qui peut occasionner une hernie cérébrale, car le cerveau tombe dans la cavité auriculaire et peut gravement s'infecter.

Donc je pratique et naturellement je conseille, une modification de la méthode de Bergmann, en limitant la séparation des parois supérieures et postérieures de la pyramide. Par ce moyen on arrive au *tegmen tympani* sans l'abattre, et sans avoir besoin, comme le fait Gradenigo, de laisser une bande de tissu osseux, qui sépare la perforation de l'écaille de celle de la cavité osseuse de l'oreille.

Dans les cas où il existe un abcès cérébelleux ou une phlébite du sinus transverse, on séparera dans le premier cas la moitié postérieure de la paroi postérieure de l'antre et dans le second peut-être les deux à la fois, en laissant une travée osseuse verticale entre l'une et l'autre. Dans ce cas si l'ouverture sur l'écaille est petite et basse, il n'y aura aucun inconvénient car la hernie cérébrale ne peut se produire, le cerveau étant protégé par la paroi interne du sinus.

Quand le malade est dans un état très grave, ou lorsque l'on craint une méningite, j'agis comme Gradenigo, je pratique une petite perforation exploratrice à travers les parois du crâne sur la partie la plus basse de l'écaille, ce qui m'éclaire sur le diagnostic d'un abcès cérébral et me permet d'attendre pour opérer dans de meilleures conditions, comme je le fis au mois de mars dernier chez un adolescent de 13 ans, avec un résultat positif.

Je proscriis absolument les lavages post-opératoires et opératoires de la cavité suppurante, craignant d'infecter profondément les centres nerveux. Les pansements doivent être renou-

velés tous les deux jours ou tous les jours pour éviter la rétention du pus. J'ai pris l'habitude de bourrer la cavité de l'abcès avec un petit paquet de tubes de gomme excessivement minces, qui facilitent le drainage sans léser la substance cérébrale. Je les préfère aux os décalcifiés, aux gros tubes de caoutchouc et même à la gaze.

En résumé, voici mes conclusions :

1° Dans les antro-mastoïdites aiguës, trépanation de Schwartze. 2° Dans les affections chroniques, trépanation de l'antre et de la caisse. 3° Si les lésions sont plutôt profondes et le conduit large, attico-antrectomie et lambeau de Kœrner en suturent les deux tiers supérieurs de l'insertion rétro-auriculaire. 4° Si les lésions sont étendues et périphériques, antro-atotomie et lambeau de Stacke. 5° Intervention rapide dès les premiers symptômes de complication cérébrale. 6° Ne pas ouvrir la dure-mère si elle n'est pas affectée, explorer les centres nerveux, après avoir soigneusement désinfecté la surface, avec un trocart muni de sa canule pour éviter l'occlusion de la lumière par un fragment de substance cérébrale. 7° Pratiquer une perforation sur la paroi supérieure ou postérieure de l'antre, après avoir ouvert la mastoïde et la caisse, pour pénétrer dans la cavité crânienne (Wheeler, Broca), mais la combiner avec la perforation du temporal dans la partie la plus basse de l'écaïlle, faisant une perforation d'un centimètre de haut sur le rebord osseux supérieur du méat auditif, et la première ne devant pas dépasser un centimètre de profondeur, pour la fosse cérébrale moyenne ⁽¹⁾. 8° Si l'affection est très grave, une ponction exploratrice à travers la partie la plus basse de l'écaïlle. 9° Pas de lavages, pansements répétés toutes les 24 ou 48 heures et remplissage de la cavité avec de très minces tubes de gomme.

Tel est le *modus faciendi* qui m'a donné les meilleurs résultats.

(1) Quand il existe une perforation carieuse bien manifeste du tegmen tympani rien n'empêche de créer une étroite brèche osseuse sur la paroi supérieure de la pyramide qui unisse l'ouverture de la cavité osseuse au toit du tympan; il suffit que cette fente ait 2 ou 3 millimètres d'épaisseur pour obtenir un drainage aisé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Moscou, 19-26 août 1897.

SECTION DE RHINO-LARYNGOLOGIE

Compte rendu par L. BAR (de Nice).

COMMUNICATIONS

1. CASTEX (Paris). — **Le cancer du larynx.** — C. parle de la laryngotomie et des laryngectomies partielle et totale dans le cancer. Il mentionne le danger parfois mortel du chloroforme, la grande utilité de la thyrotomie exploratrice, celle de la résection partielle des cartilages, la possibilité de l'extension latente à l'œsophage, même très étendue quand il n'y a pas d'adénopathies cervicales.

2. RICARDO BOTEY (Barcelone). — **Indications du traitement chirurgical dans la tuberculose du larynx, résultats que l'on peut en espérer.** — *a* Dans les formes aiguës le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx est contre-indiqué.

b. De même il y a contre-indication au cas où la tuberculose infiltro-ulcéreuse chronique est généralisée à tout ou à presque tout l'organe, qu'il existe ou qu'il n'existe pas de lésions pulmonaires avancées.

c. Dans 15 ou 20 % des cas restants on voit : dans le lupus du larynx, affection presque toujours limitée ; dans la tuberculose ulcéro-végétante et polypoïde ; dans les infiltrations hémilatérales ou localisées principalement à l'entrée du larynx ; et dans les infiltrations ulcéreuses chroniques limitées à une troisième partie ou à une moitié de l'organe, le traitement chirurgical est parfaitement indiqué, à moins que les conditions de caractère et de résistance du malade soient très défavorables.

d. Les scarifications sont inutiles et l'électrolyse lente est quelquefois nuisible. Seulement le galvano-cautère peut être utile dans le lupus.

e. Le résultat de ces interventions dépend en grande partie

d'une bonne sélection des cas. Presque toujours alors nous obtenons un soulagement et une amélioration notable, la prolongation de la vie et économie de souffrances. Dans quelques cas (4 ou 5) on peut même obtenir une guérison absolue durant de longues années.

Le Dr Botey présente des pinces coupantes de son invention, excessivement fortes, pour extirper en trois ou quatre coups l'épiglotte et en un seul les aryténoïdes ou les replis ary-épiglottiques.

Il appuie son dire sur plus de cent malades opérés par lui de tuberculose du larynx.

3. VON HACKER (Innsbruck). — **Sur l'œsophagoscopie et sa valeur clinique.** — Après un court aperçu des phases historiques traversées par l'œsophagoscopie pour atteindre le degré actuel, l'auteur explique comment il a simplifié et perfectionné le procédé d'œsophagoscopie de Mikulicz en se servant de la lumière réfléchie d'une lampe incandescente, ce qui diffère très peu du mode d'examen de Rosenheim. Ensuite H. parle des principales affections œsophagiennes : les inflammations, les rétrécissements, les dilatations, les diverticules, les tumeurs et les corps étrangers. La conclusion est la valeur clinique de l'œsophagoscopie qui, en premier lieu, aide au diagnostic et rend de grands services pour le traitement des corps étrangers de l'œsophage.

H. montre son instrument et l'introduit chez un malade.

4. A. ROSENBERG (Berlin). — **Laryngite fibrineuse.** — Le 27 mars 1896 un homme de 67 ans se présenta à la Policlinique universitaire laryngo rhinologique de Berlin en accusant de vives douleurs dans la gorge qui avaient débuté sans nulle altération de l'état général et augmentaient toujours d'intensité. Pas d'antécédents morbides.

Examen : rhinitis atrophicans, défaut. septi narium fere totius, cicatrices pariet. post. pharyng. condesc. arcus pharyngopalatin. cum par. post. pharyng., cicatrix margin. epiglottidis.

La surface ovale de l'épiglotte est rouge et légèrement tuméfiée; à gauche, près du repli pharyngo épiglottique, on voit dans l'épithélium muqueux une lacune ronde superficielle, grosse comme un pois, une érosion. Le reste de l'épiglotte est presque entièrement recouvert par une membrane mince d'un blanc grisâtre, faisant l'effet d'un voile gris : les bords de la muqueuse sont épaissis et colorés en gris blanchâtre. De l'épiglotte, la

membrane gagne le repli ary-épiglottique droit qu'elle recouvre totalement.

Les ventricules sont gonflés et rouges, à gauche certains endroits sont également d'un blanc grisâtre.

Ultérieurement on vit que l'épiglotte et les replis ary ou pharyngo-épiglottiques rougissaient et que le lendemain on remarquait un dépôt fibrineux gris blanchâtre ; l'excision avec la pince était malaisée, car la muqueuse était entamée et présentait à la suite un aspect sanguin. Les membranes blanches s'amincirent, finalement il ne subsista plus qu'un voile gris sur la muqueuse ; le dépôt disparut aussi et fit place à une muqueuse rouge qui ne subsista pas longtemps. L'affection mit huit jours à évoluer. L'entourage des parties malades demeura très rouge.

A peine l'affection avait-elle rétrocedé, qu'elle reparut à un autre endroit de la muqueuse de l'orifice laryngien : le va et vient des accidents locaux n'altéra nullement l'état général du malade si ce n'est qu'il rendit la déglutition pénible. Jamais le malade n'eut de fièvre.

Pour m'assurer de la nature fibrineuse du dépôt, et fixer l'histologie de l'inflammation de la muqueuse afin de voir si l'on n'avait pas affaire à la diphtérie, j'enlevai avec la pince un fragment de muqueuse malade et je fis des inoculations sur du sérum sanguin. Pas de bacilles diphtériques, mais divers streptocoques et staphylocoques. La muqueuse fut coupée en séries et colorée au Weigert ; il s'agissait de fibrine pénétrant profondément dans la muqueuse très enflammée. On était donc en présence d'une laryngite fibrineuse non diphtérique. La durée de la maladie est exceptionnelle, depuis mars 1896, nous voyons régulièrement deux fois par semaine le malade et son état n'a pas changé depuis dix-huit mois. L'affection n'a pas plus cédé aux divers calmants, astringents et caustiques locaux qu'aux médications internes, telles que l'iodure de potassium ; lorsqu'on s'abstenait de tout remède, l'état demeurait le même.

Quant à l'étiologie, on ne pouvait se renseigner ni par les habitudes ni par l'habitation, ni par les relations du malade.

Il ne s'agissait pas d'infection puisqu'il n'y avait aucune maladie de même nature à l'hôpital.

Dans le pharynx on voyait des cicatrices révélatrices de syphilis antérieure.

L'affection était une laryngite fibrineuse chronique d'origine syphilitique probable.

5. T. R. FRENCH (Brooklyn). — **Sur la photographie du larynx.** — Historique de la photographie du larynx et description du développement de la méthode et de l'appareil employé pour photographier le larynx et la cavité naso-pharyngienne postérieure depuis les premières expériences de 1882 jusqu'à nos jours. A ce sujet l'auteur montre trois dessins et des photographies.

F. commença en 1881 à s'occuper de la photographie du larynx. Le fait qu'une image se fixe sur une plaque sensible en un centième de seconde, tandis que l'œil a besoin d'un dixième de seconde, lui fit entrevoir les progrès de la photographie laryngienne.

La photographie pouvant nous fournir des images exactes, la valeur de la photographie du larynx mérite d'attirer notre attention. Nous pourrions obtenir la reproduction fidèle du larynx. Cela servira aux étudiants qui ainsi seront renseignés sur la dimension, la forme et la situation des diverses images réfléchies dans le miroir. On connaîtra mieux aussi la physiologie et la pathologie laryngiennes. Nous obtiendrons également des illustrations exactes ; auparavant nous nous contentions de dessins approchant de la vérité. Les livres renfermeront des reproductions du larynx et du naso-pharynx à l'état normal et à l'état pathologique. Des projections photographiques faciliteront l'enseignement.

6. L. LICHTWITZ (Bordeaux). — **L'éclairage à l'acétylène en laryngologie, rhinologie et otologie.** — (Sera publié).

7. ANGEL GAVIÑO (Mexico). — **Traitement de la tuberculose du larynx par le « grattage », la créosote, le peroxyde d'hydrogène, aidés de l'intubation.** — Une des plus grandes aspirations de la chirurgie et de la thérapeutique modernes, c'est d'atteindre la guérison de la tuberculose du larynx, si fréquente dans cet organe surtout dans les cas d'infection directe par l'air et qui compromet si souvent la respiration par la destruction des parties de la glotte. Il faut que le médecin agisse d'une manière active, pour soulager les souffrances, même plus graves, que les symptômes de l'infection par le bacille de Koch, pourvu qu'elles mettent en danger l'hématose et gênent en général très sérieusement la déglutition.

Toutes les méthodes médicales et chirurgicales, conseillées jusqu'à présent, ne donnent pas de résultat ; la victoire reste toujours au bacille ; on ne peut pas traiter les malades d'une ma-

nière radicale en étant sûr d'extirper tous les tissus infectés, comme dans les cas de cancer ; il faut se contenter de limiter l'infection. Seulement on peut obtenir une amélioration locale par une méthode rationnelle, fondée sur l'antisepsie, *mais rien n'aboutit sans une grande persévérance.*

Dans les cas d'infection tuberculeuse, l'application des médicaments selon la méthode que je préconise donne par la suite de très bons résultats.

Quand il existe des ulcérations, le grattage, fait avec une curette spéciale ou avec un écouvillon rigide, permet de découvrir les tissus infectés à une petite profondeur et d'agir après (toujours avec le pulvérisateur à air comprimé et avec la cocatne) par l'application de la créosote en dilution dans l'eau acidulée avec l'acide lactique à 1 % et $\frac{1}{1000}$ d'hydronaphtol.

Après quelques minutes d'attente je fais avec un pulvérisateur une forte application de peroxyde d'hydrogène pur ou à 50 % selon la tolérance du malade.

Le grattage étant très difficile sur l'épiglotte et présentant un grand danger dans l'intérieur du larynx, je m'arrête toujours au niveau des bandes ventriculaires, si toutefois les cordes vocales existent encore. Dans deux cas, dans lesquels le larynx était presque détruit, je fis le grattage intus et extra après la trachéotomie et depuis je fis une application de solution créosotée. Dans beaucoup de cas l'intubation m'a permis de faire le grattage ou seulement l'application médicamenteuse et d'après les résultats très encourageants que j'eus la bonne fortune d'obtenir, je crois que c'est un des plus avantageux usages de l'intubation. Dans les cas très graves, dans lesquels la destruction était très avancée, la trachéotomie seule permet d'agir sans craindre les phénomènes d'asphyxie, si fréquents au cours de ces interventions. Les injections intralaryngées d'huile de créosote iodoformée à la dose de deux ou trois grammes, aident notablement à l'amélioration.

Les observations accompagnant le mémoire prouvent qu'on peut obtenir de bons résultats par cette méthode.

Je n'ai pas eu le temps d'essayer la nouvelle lympho ou tuberculine de M. Koch, de laquelle on obtiendra, je l'espère, des résultats plus sûrs pour la guérison de la tuberculose.

8. COZZOLINO (Naples). — I. L'Ozène. — Recherches bactériologiques dans les différentes périodes de la maladie. Caractères fon-

damentaux et différentiels du bacille spécifique — *B. mucosus* (Coccobacille de Löwenberg). Microorganismes accessoires constants ou presque et accidentels. Recherches bactérioscopiques comparées entre l'ozène et les autres rhinopathies microbiennes.

Recherches chimiques sur le *B. mucosus*.

Recherches histologiques dans les cornets moyens et inférieurs des ozéneux.

Recherches urotoxiques chez les ozéneux.

Thérapeutique expérimentale de antiseptique et microbicide et rapports entre ces résultats et ceux des cliniques (*B. mucosus* et *B. pseudo-diphthérique*).

Préparatifs en cours pour la sérothérapie spécifique.

Résultats décisivement négatifs de la sérothérapie antidiphthérique.

Démonstrations et conclusions.

II. Importance du diagnostic bactériologique dans les rhinopathies aiguës et chroniques, exsudatives et hyperplastiques. — Depuis quelques années ce critérium s'est joint aux autres pour compléter le diagnostic des lésions des fosses nasales et des sinus.

Nécessité de différencier dans ces examens les microbes accidentels de ceux déterminant la lésion.

Connaissances que nous avons sur les microbes pathogènes des processus communs catarrhaux aigus et chroniques et ceux des processus exsudatifs *sui generis*.

Comment cet examen peut confirmer certains diagnostics, même s'il y a absence de symptômes rhinoscopiques. Ozène, coryza aigus par diplocoque, streptocoque et dans les phlogoses spéciales par diphthérie; par exsudations fibrineuses, dans les infections chroniques comme la tuberculose, le rhinosclerome, le lupus, la morve, la lèpre, et même dans la rhinite caséiforme. De même cet examen est important dans les affections aiguës et chroniques qui se développent dans les sinus et sur la peau au voisinage des narines — érysipèle, lymphangites par staphylocoques, etc.; dans les lésions streptococciques des muqueuses respiratoires et buccales.

Conclusions.

9. M. SCHEIER (Berlin). — **I. Sur le sondage des sinus frontaux.** — La question du sondage des sinus frontaux est toujours pendante. Il y a une grande divergence d'idées sur le résultat du son-

dage. Tandis que certains auteurs croient que le sondage par les voies naturelles s'effectue aisément, selon d'autres il est presque impossible à faire sans opérations préalables. On n'a jamais pu vérifier sur le vivant si la sonde pénétrait dans le sinus frontal ou dans les cellules ethmoïdales. Seuls les rayons Röntgen nous permettront de contrôler le sondage. L'auteur a sondé les sinus frontaux de trente malades affectés de suppurations. Dans 5 cas le sondage réussit ainsi qu'on le voit par les rayons X. Dans un cas S. crut avoir pénétré dans le sinus frontal, mais l'éclairage révéla que la sonde avait pénétré dans les cellules ethmoïdales.

II. Emploi des rayons Röntgen pour la physiologie de la voix et de la parole. — L'auteur a été le premier à observer sur l'écran de platino-cyanure de barium à l'aide des rayons X les mouvements du voile du palais en parlant. Si l'on éclaire latéralement la tête on voit le pharynx nasal et le pharynx reflétés sur l'écran en ombres claires, limitées en arrière par la colonne cervicale se dessinant en noir. Si le sujet examiné parle, on voit le voile du palais se relever et se projeter vers le naso-pharynx suivant le son émis. Les expériences entreprises pour l'étude des mouvements du voile du palais ont fourni des résultats très divers à leurs auteurs. Le meilleur procédé est celui par lequel on peut avec l'œil suivre les mouvements du voile du palais chez l'individu sain parlant d'une façon normale. On y réussit par l'emploi des rayons Röntgen. Sur l'écran on voit le voile du palais se relever légèrement lors de l'émission de la voyelle A et se relever davantage pour E, O, U, I. Lors de l'émission des nasales, le voile se relève davantage pour les sons élevés que pour les sons graves, pour la voix haute que pour le chuchotement. On observe la forme de la cavité buccale lors de l'émission de diverses lettres, on voit aussi sur l'écran la position des lèvres, les maxillaires l'os hyoïde, le larynx et l'épiglotte. Lorsque le son monte le larynx s'élève et l'épiglotte remonte tandis qu'elle s'abaisse quand on émet des sons bas. Pour la voix de fausset, l'épiglotte se relève, le larynx de même et l'os hyoïde se rapproche.

40. A. W. JACOBSON (Saint-Petersbourg). -- **I. Une nouvelle méthode pour mesurer la perméabilité du nez.** — Vu que, durant l'expiration par le nez, la *pression*, sous laquelle l'air de la cavité naso-pharyngienne entre dans les deux cavités nasales, est la même pour les deux, et que le *temps* du fonctionnement reste

aussi le même pour n'importe quelle période de l'observation, l'auteur mesure la respiration nasale par la *quantité* d'air expiré.

On joint les deux narines simultanément par les tubes avec les récipients gazométriques de verre, remplis d'eau et renversés dans le bain. Le sujet, qu'on examine, respire par la bouche et sur l'ordre de l'observateur, expire par le nez dans les appareils déjà désignés, d'où l'air expulse l'eau. La relation entre la perméabilité des deux côtés se détermine à la vue sur les échelles dans les cylindres, ainsi que la quantité absolue d'air pour n'importe quel nombre d'expirations et leur moyen arithmétique.

L'auteur croit qu'on peut faire ces mensurations par le spiromètre, en en prenant naturellement une paire. Dans le dernier cas on peut aussi faire des mensurations pendant l'inspiration : le malade examiné inspire par le nez et expire par la bouche.

Les conditions de *pression* et de *temps* sont en ce cas les mêmes et les *volumes* de l'air, pris des spiromètres, seront indicateurs de la perméabilité du nez.

II. Contributions expérimentales à la douche et aux irrigations nasales. — Les expériences sont faites sur les cadavres ; on a mesuré la pression par un manomètre d'eau, uni à un conduit externe. On a comparé l'action de la douche avec un embout (employé par l'auteur pendant vingt années de sa pratique), et avec une olive, si répandue et fermant la narine plus ou moins hermétiquement. En outre, on a étudié la relation de la douche et des irrigations avec les méats du nez et avec le cavum nasopharyngien.

Résultats

1. L'irrigation — la tête penchée en arrière et la narine opposée entièrement libre — peut produire une augmentation de pression de 3—4 et même de 7 centimètres d'eau, correspondant avec la quantité de liquide et la rapidité d'irrigation.

2. Sur le cadavre le volume des cavités est de 30 centimètres cubes approximativement.

3. La douche, pratiquée par l'auteur (1), ne produit aucune augmentation de pression, constatée par le manomètre, même si la narine opposée est absolument imperméable.

4. La douche avec une olive, qui ne bouche pas complètement

(1) Le détail le plus important de cette douche consiste en l'emploi d'un embout qui diminue insensiblement l'ouverture de la narine.

la narine correspondante, ne change pas la pression ou produit un petit soulèvement de 1-2 centimètres, *même si le côté opposé est imperméable.*

5. Si l'olive ferme bien la cavité nasale et si la narine opposée est imperméable, la pression devient très forte, atteignant jusqu'à 76 centimètres.

6. Si même la cavité frontale est ouverte (par la paroi antérieure) la pression dans les conditions indiquées atteint 10-12 centimètres.

7. L'augmentation de pression, provoquée par la douche, ne s'efface pas immédiatement et d'un seul coup après l'arrêt de l'irrigation et après l'évacuation de la cavité naso-pharyngienne.

8. Sous la pression de 3 centimètres le liquide peut déjà pénétrer dans la cavité tympanique.

9. Parfois le liquide pénètre aussi sous cette pression dans la cavité maxillaire, malgré l'étroitesse de la communication et malgré l'absence d'ouverture supplémentaire naturelle ou artificielle. Dans d'autres cas on n'aperçoit pas ce phénomène sous la pression beaucoup plus élevée même en présence d'une *petite* ouverture accessoire dans le méat moyen.

10. En présence d'une contre ouverture le liquide pénètre pendant un lavage dans la cavité maxillaire en assez grande quantité et sous une moindre pression ; sous celle de 10 centimètres il pénètre aussi dans le sinus frontal.

11. On ne peut pas faire sortir par la douche le contenu des sinus accessoires.

12. La douche éloigne le mucus des cavités nasales et naso-pharyngienne.

L. PRZEDBORSKI (Lodz). — **Sur le phénol sulfo-riciné dans la tuberculose laryngée et de nombreuses affections naso-pharyngiennes chroniques.** — 1. Le phénol sulfo-riciné ne peut être considéré comme spécifique contre la phthisie laryngée et comme préservatif de récidives, mais il peut se comparer à l'acide lactique. Allié au traitement chirurgical, il améliore parfois notablement les malades et peut même amener la guérison momentanée.

2. Le phénol sulfo-riciné est préférable à l'acide lactique, son application est plus facile, procure peu de douleurs, rend la co-cainisation presque inutile mais les résultats sont moins durables que par l'acide lactique.

3. Le remède agit promptement, comme le dit Heryng, dans l'infiltration tuberculeuse des cordes vocales vraies, des ligaments

ary-épiglottiques, des cartilages de Santorini et des cartilages aryténoïdes et dans les infiltrations et exculcérations atrophiées de l'espace interaryténoïdien. Le phénol sulfo-riciné agit moins sur les infiltrations diffuses de l'épiglotte et sur celles des ventricules. Dans ce dernier cas, on obtient des résultats satisfaisants par la combinaison du traitement chirurgical local et de l'application du phénol.

4. Le phénol sulfo-riciné rend de grand services comme moyen diagnostique car dans les cas douteux il n'agit pas. Il combat avec succès la dysphagie.

5. Dans la rhinite atrophique, une solution phénolée à 20 % (badigeonnages tous les trois jours après nettoyage et irrigation des fosses nasales) provoque un mieux passager; le sentiment pénible de sécheresse de la gorge disparaît, l'odeur pénétrante devient imperceptible, et les croûtes sont en petit nombre.

Dans la forme hypertrophique du catarrhe nasal, l'auteur a réussi dans deux cas à faire disparaître l'épaississement de la muqueuse des cornets moyens par quatre applications de phénol à 30 %.

Plusieur applications de la même solution tirent disparaître les bourrelets latéraux dans 3 cas de pharyngite latérale.

12. J. L. GOODALE (Massachussets). — **Sur l'absorption de substances étrangères par les amygdales chez l'homme, et sur l'origine des maladies infectieuses.** — *Conclusions.* a. L'absorption existe normalement dans l'amygdale et a lieu à travers la muqueuse des cryptes.

b. Les substances pénètrent dans l'amygdale par l'espace lymphatique interfolliculaire, dans la direction du plus grand trabécule fibreux.

c. Pendant l'absorption, les substances étrangères rencontrent une action phagocytaire de la part des neutrophiles polynucléaires situés à l'intérieur et autour de la muqueuse.

d. Normalement, on trouve des bactéries dans les cryptes, mais pas d'ordinaire dans le tissu amygdalien.

D'après les faits précédents, il est possible que les microbes se frayent continuellement une voie dans les tissus tonsillaires, mais au moment d'entrer, ils terminent généralement leur existence.

Bien qu'il ne soit pas nécessaire que dans l'amygdalite lacunaire aigüe les bactéries pénètrent dans l'amygdale en dehors des cryptes, il se peut que l'inflammation des tissus soit due à

l'absorption par la muqueuse de toxines irritantes formées dans les cryptes comme dans un tube à culture.

Finalement, tandis que, selon l'hypothèse de Fraenkel, parfois l'amygdalite lacunaire peut provenir d'une infection primitive de la muqueuse nasale, ces expériences ont démontré la possibilité de l'infection directe des amygdales par les liquides de la bouche. On trouvera peut-être la corroboration de la théorie de l'origine nasale de l'angine dite *traumatique* dans le fait que, parmi ses examens histologiques, Fraenkel a trouvé des microbes dans le tissu tonsillaire, même dans les follicules.

13. W. SCHEPPEGRELL (Nouvelle-Orléans. — **Nouvelle communication sur le traitement de la tuberculose laryngée par l'électrolyse cuprique.** — S. après avoir parlé de la gravité de cette affection décrit plusieurs méthodes qui ont été recommandées pour la soulager et la guérir. Il compare le procédé de curettage d'Heryng suivi d'application d'acide lactique au traitement galvano-caustique préconisé par Srbrny. Tout en étant meilleurs qu'on ne l'avait dit au début, les résultats de ces deux méthodes ne sont pas fort encourageants. La première prédispose à l'hémorrhagie et la seconde donne lieu à une réaction considérable. Toutes deux sont difficiles à employer, demandent une grande habileté et ne peuvent servir dans tous les cas.

L'auteur décrit ensuite le principe de la cataphorèse et son mode d'application au larynx. Il a expérimenté plusieurs substances : créosote, gaïacol, iode, chlorure de zinc et oxychlorure de cuivre. Le gaïacol diminue la souffrance; l'oxychlorure de cuivre possède des propriétés microbicides et stimule les tissus pour les faire réagir.

Pour appliquer la cataphorèse cuprique, S. emploie des boules sphériques de cuivre pur ayant $\frac{1}{8}$ ou $\frac{1}{4}$ de pouce de diamètre, attachées à un manche isolé. Ces boules, reliées au pôle positif, sont posées directement sur les tissus, on donne pendant huit à dix minutes, un courant de 4 à 3 milliampères et la séance est répétée tous les deux ou trois jours. On applique derrière le cou un électrode dispersant relié au pôle négatif. Au début, l'auteur se servait d'aiguilles de cuivre qu'il abandonna pour les boules. Le cuivre en contact avec les tissus est électrolysé, et l'oxychlorure de cuivre produit pénètre dans les tissus. Dans la plupart des cas, on fera l'anesthésie cocaïnique avec une solution à 5 %.

S. explique les grands avantages que l'on retire de la méthode directe de laryngoscopie de Kirstein.

L'auteur trouve que l'électrolyse cuprique offre les avantages suivants :

1. Il ne se produit pas de destruction réelle des tissus, ni de laceration des surfaces, pouvant servir de porte d'entrée à de nouveaux germes pathogènes de réinfection, ce qui arrive avec le curettage, et même quelquefois avec le galvano-cautère et l'électrolyse simple. La cure s'obtient par la réaction des tissus de la même façon que disparaissent souvent des lésions spécifiques sous l'influence du mercure.

2. Dans les cas que l'auteur a soignés par ce procédé il n'y a eu ni réaction, ni hémorrhagie, ce qui est très important chez les tuberculeux.

3. Ce procédé ne demande pas autant d'habileté que le curettage et la cautérisation électrique du larynx et il est encore simplifié par la laryngoscopie directe.

4. Cette méthode peut être employée dans tous les cas de tuberculose laryngienne.

S. relate ensuite trois observations favorables à ce mode de traitement. Dans les deux premiers cas, l'ulcération guérit et l'infiltration diminuait lorsqu'on dut interrompre le traitement par suite de l'aggravation de l'affection pulmonaire à laquelle le malade succomba.

Chez le troisième malade, on ne reconnut pas d'affection pulmonaire mais à la suite d'examens répétés, on trouva des bacilles dans les crachats et les signes cliniques de laryngite tuberculeuse étaient très marqués, le malade avait perdu vingt-cinq livres, et il était si faible qu'on devait le soutenir pour marcher et qu'il avalait avec la plus grande difficulté. Pas d'antécédents spécifiques. La tuberculine échoua. La région aryénoïdienne était très infiltrée, l'ulcération du repli inter-aryénoïdien s'étendait à gauche jusqu'à la bande ventriculaire. L'épiglotte était tuméfiée et ulcérée à sa partie gauche antérieure. L'anémie, l'infiltration et l'ulcération présentaient l'image typique de la tuberculose laryngienne.

Chez ce malade, on eut recours à la cataphorèse d'abord tous les trois jours et ensuite deux fois par semaine. Une amélioration se manifesta après la troisième séance, et au bout de neuf fois les ulcérations avaient rétrogradé au point que le malade pouvait avaler presque sans douleur des aliments semi-solides. Le mieux persista et la guérison était totale en huit semaines à l'exception d'un léger enrouement dû à une lésion des cordes vocales. Six mois après, le larynx n'offrait pas trace de récidive de la maladie.

14. P. HELLAT (Saint-Pétersbourg). — **La question de la respiration dans le chant.** — Tout d'abord, l'auteur passe en revue la question de la respiration qui a toujours été l'objet d'une grande attention de la part des chanteurs et des professeurs de chant, et fait remarquer que les meilleurs chanteurs accordent la préférence à la respiration abdominale. H. conclut que les manuels à l'usage des chanteurs expliquent mal la respiration abdominale et la manière dont on la prend.

La littérature médicale offre également des lacunes à propos de la question de la respiration dans le chant. Le rôle du diaphragme n'est pas encore bien défini. Les théories de Mandl et de Merckel ont chacune leurs partisans. L'auteur les rejette toutes les deux et choisit la respiration abdominale.

15. H. KRAUSE (Berlin). — **Étiologie et traitement de la perte de la voix chantée.** — 1. Les symptômes généraux principaux des affections vocales sont la chlorose, l'anémie et les névropathies.

2. Les causes particulières sont :

a) celles qui proviennent de l'intelligence, de l'éducation artistique.

b) celles qui proviennent des organes de la périphérie.

On peut imputer aux premières l'impossibilité de contrôler la force et la direction de la voix, l'état psychique, la neurasthénie.

Les secondes empêchent le développement de la voix, il y a lutte entre la volonté et le pouvoir.

La mauvaise éducation de la voix par des routiniers peut également engendrer des maladies.

En dehors des connaissances musicales, les professeurs de chant devraient posséder certaines notions d'anatomie et de physiologie de l'organe vocal, et savoir que tout trouble de la voix provient de désordres organiques et doit être soumis au médecin.

On a parfois affaire à des causes indépendantes de la volonté telles que les affections de la muqueuse laryngée qui peuvent nuire à l'émission de la voix et doivent être soignées.

16. M. HAJEK (Vienne). — **Étiologie et diagnostic des affections des sinus, à l'exception du sinus maxillaire.** — I. *Étiologie.* — L'influenza, la rougeole, la scarlatine, la pneumonie croupale, le typhus abdominal sont souvent suivis d'inflammations des sinus. On ne sait pas encore comment ces inflammations se produisent et on n'a pu encore trouver si les microbes trouvés dans la sé-

création étaient causes de l'infection ou agissaient seulement d'une façon secondaire.

On ne sait pas non plus si les empyèmes des sinus survenant au cours de ces maladies infectieuses surviennent par l'inflammation de la muqueuse nasale ou si l'on a affaire à des affections primitives. La majorité des avis tient pour cette dernière hypothèse, mais je crois que la muqueuse nasale joue un rôle dans les accès d'empyèmes chroniques.

Beaucoup de catarrhes et d'empyèmes des sinus guérissent spontanément et d'autres non. La cause de la chronicité de l'empyème réside dans les rapports anatomiques et les particularités de la sécrétion, qui empêchent le pus de s'évacuer rapidement.

Les relations entre les polypes du nez et les empyèmes ne sont pas encore complètement élucidées quoi qu'on ait prouvé que l'empyème cause fréquemment les polypes du nez, qui peuvent, toutefois, survenir sans empyème, comme inflammation primitive du revêtement ethmoïdal. Le fait que des suppurations ethmoïdales guérissent quelquefois après l'ablation des polypes et des hypertrophies qui gênent l'écoulement du pus suffit à prouver que les polypes et les hypertrophies contribuent à entretenir l'empyème.

Les opinions sont très diverses au sujet du rapport étiologique entre l'empyème et l'ozène. L'hypothèse des anatomistes suivant laquelle l'affection des sinus est accidentelle chez les ozéneux est controversée par de nombreux rhinologistes qui ont souvent observé des sinusites au cours de l'ozène.

On discute toujours pour connaître l'origine de la sécrétion.

II. *Diagnostic.* — Pour le diagnostic de l'empyème des sinus frontaux et ethmoïdaux, on distinguera les signes externes tels que formation de tumeurs sur la paroi interne et supérieure de l'orbite, abcès orbitaire avec compression du bulbe, avec ou sans fistule de l'empyème dit latent dans lequel seul l'examen rhinologique avec la sonde et la cocaïne permet un diagnostic certain.

Sans le sondage on ne peut diagnostiquer l'empyème latent des sinus frontaux et ethmoïdaux. Une sonde recourbée est inoffensive entre les mains d'un praticien habitué à la manier.

Le point principal est de reconnaître avec la sonde le siège du foyer purulent.

Les différences de structure du labyrinthe ethmoïdal antérieur font qu'il est difficile de repousser l'idée d'une affection des cellules ethmoïdales antérieures quand le sinus frontal est atteint.

Souvent, pour diagnostiquer l'empyème latent du sinus frontal et du labyrinthe ethmoïdal, il faut réséquer partiellement le cornet moyen au moyen d'instruments tranchants.

L'empyème du labyrinthe ethmoïdal peut se propager du côté du nez, vers le cornet moyen ou sous forme de tumeur pénétrant dans la fosse nasale à la place du cornet moyen, rarement la cloison est repoussée du côté opposé.

La tumeur remplaçant le cornet moyen peut être produite : 1° par la rétention du pus dans le cornet moyen gonflé ; 2° par l'extension d'une cellule ethmoïdale pénétrant profondément dans le cornet moyen ; 3° par la rétention du pus dans la bulle ethmoïdale, qui, sous forme de tumeur, envahit le cornet inférieur. Dans ce dernier cas, c'est seulement après l'excision de la paroi osseuse de la bulle, qu'on s'aperçoit que la tumeur ne provient pas du cornet moyen, dont on distingue alors la partie supérieure comprimée auparavant.

Il est impossible de diagnostiquer les empyèmes circonscrits des cellules ethmoïdales lorsqu'il n'existe pas de dilatation, on les découvre souvent après l'ablation d'hypertrophies et de polypes.

C'est par l'anatomie qu'on résout la question de savoir si la sécrétion provenait du labyrinthe ethmoïdal antérieur ou postérieur ; le diagnostic différentiel est souvent impossible dans le cas d'empyème circonscrit.

L'empyème du labyrinthe ethmoïdal postérieur présente le même aspect rhinoscopique que l'empyème du sinus sphénoïdal ; la sécrétion se montre soit dans la fissure olfactive, soit sur le cornet moyen sur le toit du pharynx.

Le diagnostic de l'empyème du sinus sphénoïdal est facile dans les rares cas où l'on distingue et peut sonder l'ouverture de la cavité ; mais si le cornet moyen est accolé à la cloison, la résection de la plus grande partie du cornet moyen est inévitable. Enfin, on retiendra que la résistance à la sonde de certaines portions ethmoïdales a aussi peu de valeur pour le diagnostic que la place où les malades ressentent des douleurs.

17. H. CUVILLIER (Paris). — **Étude sur les végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance** (Forme des nourrissons).
a. Parmi les travaux multiples publiés sur les végétations adénoïdes aux différentes périodes de l'enfance, un très petit nombre se rapportent à la première année. Cependant, l'affection revêt à cet âge une forme clinique spéciale, qui doit être décrit d'une façon particulière (forme des nourrissons).

b. Les végétations adénoïdes sont loin d'être rares chez les nourrissons. Nous avons pu en réussir soixante-quatre observations personnelles concernant des enfants de 1 à 12 mois ; et les cas se multiplient à mesure que l'affection devient mieux connue.

L'affection doit être ici considérée comme congénitale, se développant sous la double influence de l'hérédité similaire et de terrain — et s'aggravant sous l'action de causes infectieuses locales (rhino-pharyngites) ou générales à déterminations locales (rougeole, scarlatine, coqueluche, grippe, diphtérie).

c. L'évolution clinique donne lieu à des symptômes fonctionnels tout à fait particuliers à cet âge. L'obstruction nasale et rétro-nasale étant la cause de tous les autres symptômes, les troubles de la respiration et de l'alimentation sont prédominants et amènent, par insuffisance respiratoire et alimentaire, la cachexie adénoïdienne.

Troubles de la respiration. — L'enfant est obligé de respirer la bouche ouverte ; les ailes du nez sont dilatées et battent précipitamment ; les gencives et les lèvres sont sèches ; le visage, parfois couvert de sueur, est pâle et émacié (facies inspiratoire).

La respiration est précipitée, rauque, bruyante (cornage d'origine nasale, cessant quand on pince entre les doigts les ailes du nez). La toux fait rarement défaut, tantôt grasse et facile, tantôt dure, éclatante, pénible, quinteuse. Elle est due à l'irritation et au catarrhe du rhino-pharynx et ne s'accompagne d'aucune sensibilité de la trachée, d'aucun symptôme pulmonaire à l'auscultation ou à la percussion. Elle se manifeste quand les mouvements provoqués (abaisse-langue) ou volontaires tendent à débarrasser le rhino-pharynx des mucosités qui l'encombrent.

Comme phénomènes secondaires, on observe de la laryngo-trachéite ; de la laryngite striduleuse ; du spasme de la glotte ; de l'emphysème pulmonaire.

Tous ces symptômes s'exagèrent pendant le sommeil. Le défaut d'hématose amène, en outre, un véritable début d'asphyxie, tenant à l'intoxication du bulbe par le sang, chargé d'acide carbonique ; d'où les troubles variés du sommeil que l'on observe : agitation extrême, cauchemars, terreurs nocturnes, cris et réveils en sursaut, accès d'oppression.

Les fosses nasales sont le siège d'un coryza persistant. Le petit adénoïdien, constamment enchifrené, éternue souvent. La lèvre supérieure et l'entrée des narines sont irritées par l'écoulement incessant des mucosités. Ces mucosités englobent aussi le

rhino-pharynx et glissent le long de la paroi postérieure du pharynx buccal.

Troubles de l'alimentation. — La succion ne pouvant se faire d'une façon normale que si la respiration nasale est libre, le nourrisson, porteur de végétations adénoïdes est obligé de respirer par la bouche, devra, à chaque instant, s'interrompre de téter pour reprendre haleine. Parfois aussi, avalant de travers, il sera pris de quintes de toux et rendra le peu de lait absorbé.

L'alimentation devenue ainsi défectueuse, d'une part, la gêne respiratoire et l'anoxyhémie chronique qui en est le résultat, d'autre part, amènent rapidement le dépérissement de l'enfant : la cachexie adénoïdienne est, par cette double cause, réalisée.

Les signes physiques sont ici moins importants qu'à un âge plus avancé.

Cependant, nous signalerons le facies déjà caractéristique, surtout pendant le sommeil du petit adénoïdien : la lèvre supérieure, se relevant plus ou moins, découvre les gencives et forme un arc à concavité inférieure, soustendue par la lèvre inférieure.

Le thorax, par suite de l'état constant d'effort inspiratoire dans lequel se trouve l'enfant, peut aussi se déformer ; les muscles inspireurs tiraillent et fléchissent les côtes et la partie inférieure du sternum dans des positions vicieuses. Ces déformations doivent être séparées de celles causées par le rachitisme. Le rachitisme peut être une cause adjuvante ; mais le rôle prédominant revient, dans ces cas, à la dyspnée.

L'examen du pharynx nasal, impossible par la rhinoscopie antérieure et postérieure, ne peut se faire que par le toucher digital, avec l'index ou le petit doigt, qui franchira plus aisément l'isthme du gosier.

Dans les premiers mois, la brièveté des cavités buccales et pharyngiennes, la sangle rigide, formée à cet âge par le voile du palais, rendent fréquemment impraticable le toucher digital. Il faut alors faire d'emblée le diagnostic et le traitement à l'aide d'un coup de pince, donné dans le rhyno-pharynx et qui ramènera des parcelles de l'amygdale pharyngée si elle est hypertrophiée.

Quand on peut faire le toucher, on sent, dans le cas de végétations, une tumeur molle et friable, située entre la paroi postérieure du pharynx, la partie supérieure du voile et l'arrière cavité des fosses nasales : ainsi s'affirme le diagnostic, prévu déjà d'après l'ensemble des signes fonctionnels.

A côté des troubles de la respiration et de l'alimentation, on peut aussi observer des accidents auriculaires (surdité, écoulements). — La véritable cause de ces accidents est des plus importantes à établir ; car de nombreux cas de surdi-mutité sont d  s certainement à des végétations adénoïdes méconnues.

d. Les symptômes que nous venons de décrire peuvent avoir, selon les moments où on les observe, une intensité variable. — La marche, essentiellement chronique de l'affection, se trouve parfois entrecoupée de crises fébriles aiguës (poussées d'ad  no  dite) ; et les accidents s'aggravent, pour se calmer à nouveau, une fois la crise passée.

En dehors de ces poussées d'ad  no  dite, l'affection est apyrétique.

Le plus souvent, on trouve les amygdales palatines normales.

e. Le diagnostic positif se fait par les troubles fonctionnels et par l'examen local. En l'absence de fièvre, on peut, d'ailleurs, poser en principe que tout nourrisson qui présente à la fois des troubles de la respiration et de l'allaitement doit être soupçonné porteur de végétations adénoïdes.

Le diagnostic différentiel doit être établi avec :

α) Le coryza simple. Les accidents, au lieu d'être permanents son transitoires et cèdent à un traitement médical approprié.

β) Le coryza syphilitique. Ici, le coryza est permanent et il y a du jetage. Mais, le jetage, au lieu d'être clair et inodore, est séro-sanguinolent, d'odeur fétide. Les antécédents héréditaires et personnels, l'existence de lésions syphilitiques concomitantes trancheront la question.

γ) Avec la coqueluche, quand il y a de la toux quinteuse : tandis que, dans la coqueluche, la pression de la trachée réveille les quintes, elle restera sans effet dans le cas de végétations.

δ) Avec une affection des voies respiratoires profondes, quand on se trouve en présence d'un enfant affaibli, p  le, qui tousse et respire péniblement : la fièvre, les signes pulmonaires feront reconnaître l'affection thoracique.

ε) Avec l'adénopathie trachéo-bronchique, dans les cas de cornage. Le cornage, dû aux végétations adénoïdes, cesse quand on pince les ailes du nez, tandis que le cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique persiste. Fréquemment, d'ailleurs, les deux affections, sous la dépendance d'une même influence diathésique, coexistent. En outre, signes pulmonaires.

f. De l'ensemble des symptômes fonctionnels que nous avons décrits, on doit conclure que le pronostic de l'affection, si elle n'est pas convenablement traitée, est grave.

Le coryza, d'ailleurs, par suite de l'obstruction nasale qui en est la conséquence, a toujours été considéré chez les nourrissons comme particulièrement sérieux. Or, les végétations adénoïdes réalisent d'une façon permanente cette obstruction nasale qui n'est, dans les cas de coryza, que passagère.

En outre, par suite de l'obligation de la respiration buccale, l'enfant se trouve exposé à tous les inconvénients de ce mode vicieux de la respiration. L'air, au lieu de passer par le filtre nasal, pénètre directement, froid, impur, chargé de poussières et de microorganismes dans le pharynx et peut provoquer des complications du côté des voies respiratoires inférieures (amygdalites, laryngo trachéites, broncho-pneumonie, etc.).

Enfin, quand les végétations adénoïdes sont cause de surdité, il n'est pas besoin d'insister pour montrer toute l'importance d'un diagnostic exact et d'un traitement radical.

g. Le traitement est médical ou chirurgical.

Dans les cas bénins, on pourra d'abord essayer du traitement médical et arriver ainsi à pallier les accidents, en combattant le catarrhe rhino-pharyngien. De préférence aux pommades et aux insufflations de poudre, nous conseillons l'instillation dans les narines, la tête de l'enfant légèrement penchée en arrière, d'huile mentholée (1/60) ou résorcinée (1/50) à (1/25). Deux à quatre fois par jour, on instille dans chaque narine avec une seringue ad hoc, un demi centimètre cube environ de cette huile. Des badigeonnages à la glycérine boratée ou iodée faible (1/100) débarrasseront le pharynx nasal et buccal des mucosités. — Ces diverses manœuvres seront faites doucement et avec prudence de manière à éviter tout spasme laryngien.

Mais, dans les cas où les accidents se répètent ; et d'urgence, quand l'obstruction nasale est déjà assez prononcée pour rendre toute alimentation impossible ou si on observe des accidents auriculaires, c'est au traitement chirurgical, c'est-à-dire à l'ablation des végétations, qu'il faudra avoir recours.

L'opération est facile ; même de moindres conséquences à cet âge qu'à tout autre. L'anesthésie est inutile, les tout jeunes enfants sont très faciles à manier, à peu près inconscients. D'ailleurs, l'intervention opératoire doit être menée très rapidement.

Comme instrument, on se servira d'une pince à végétation dont la portion coudée est très courte, presque uniquement formée par les cuillers, faisant à peu près un angle droit avec le reste de l'instrument.

Chez le nourrisson, il ne faut donner qu'un ou deux coups de

pince par séance. On évite ainsi toute hémorragie sérieuse et le traumatisme est trop peu important pour retentir d'une façon fâcheuse sur l'organisme.

Si une première intervention ne suffit pas à débayer le rhinopharynx, on la complètera dans une ou deux séances, selon les cas, quelques jours plus tard.

Faite dans ces conditions, l'opération ne peut présenter comme seul accident opératoire que la préhension du vomer entre les mors de la pince. Cet accident sera facilement évité, en donnant aux cuillers de la pince une direction convenable (en haut et en arrière).

Les suites immédiates de l'opération sont des plus bénignes. L'enfant est maintenu quelques jours à la chambre de manière à éviter tout refroidissement, pouvant entraîner des complications auriculaires. L'antisepsie nasale et de la plaie opératoire est réalisée par des instillations d'huile mentholée ou mieux résorcinée, qui est moins piquante.

Les résultats de l'opération sont excellents. Les végétations, complètement enlevées, ne récidivent pas.

La respiration nasale se rétablit, l'alimentation devient régulière et la croissance de l'enfant reprend son cours normal.

18. O. CHIARI (Vienne). — **Cancer laryngien. Diagnostic et traitement.** — C. expose l'état actuel du diagnostic et du traitement du cancer laryngé d'après les travaux et les statistiques étrangères. Il s'appuie aussi sur environ 70 cas personnels dont il a opéré 12 cas par l'extirpation partielle externe et quelques autres par la méthode endo-laryngienne.

Le Dr Catti, co-rapporteur, s'étant chargé de parler du diagnostic, Chiari s'occupe seulement du diagnostic histologique dont il explique la valeur par quelques exemples.

L'auteur parle du diagnostic différentiel avec le papillôme, la pachydermie, la tuberculose et la syphilis.

Au point de vue du traitement, on s'inquiètera de savoir si le malade est assez robuste pour supporter une intervention et s'il est nécessaire d'enlever toutes les parties malades.

La valeur des extirpations endo-laryngiennes doit être mise en doute ; les excisions de parcelles de tissu pour aider au diagnostic n'empêchent pas la tumeur de se propager à peu d'exceptions près. Du reste, ces extractions doivent être suivies aussi vite que possible de l'opération radicale.

Le traitement typique consistera dans la laryngo-fissure ou

l'extirpation totale ou unilatérale. La première méthode fournit les meilleurs résultats lorsqu'il s'agit uniquement de retirer une corde vocale ou un ventricule, car l'opération est inoffensive et le plus souvent la respiration et la voix reviennent sans que le malade soit obligé de porter une canule.

L'extirpation hémilatérale réussit moins bien, car le plus souvent la canule doit demeurer en place. La déglutition est fréquemment entravée. Enfin, l'opération est plus dangereuse.

Les inconvénients sont encore plus graves avec l'ablation totale du larynx.

En règle générale, toutes ces opérations ne doivent être entreprises que dans le cas de cancer interne. Les infiltrations glandulaires étendues assombrissent notablement le pronostic. Aussi, conclura-t-on de ces faits à la nécessité de diagnostiquer au début le cancer du larynx afin de pouvoir garantir au malade une guérison durable avec conservation des fonctions laryngiennes.

Quand le cancer n'est plus opérable, on aura recours à la trachéotomie en cas de sténose, où l'on enlèvera par le procédé endo-laryngée la tumeur obstruant l'orifice.

19. L. BAR (Nice). — **Sur le cancer du larynx.** — Au sujet des thèmes si remarquables de MM. les prof. Chiari et Catti, il semble qu'il y ait place pour une observation intéressante de tumeur maligne du larynx chez un tuberculeux. Une dame de 65 ans, malade depuis deux ans par tuberculose pulmonaire prouvée par examen spectroscopique et bacille vient consulter pour une gêne au larynx : le repli ary-épiglottique gauche présentait une tumeur élastique, non pédiculée, semblable à celle qu'on rencontre comme début de tumeur maligne. Trois mois après infiltration du repli et aspect pseudo-œdémateux du larynx tuberculeux, mais unilatéralisé. Au huitième mois, infiltration du repli ary-épiglottique droit et début d'obstruction complète du larynx en tout semblable à celle du pseudo-œdème tuberculeux. Voix claire. La malade refuse toute intervention et succombe avec asphyxie. Engorgement ganglionnaire et coloration jaune ictérique. Dans ces cas rares, quelle conduite tenir car le diagnostic est souvent impossible. Or, il importe car le larynx tuberculeux essentiellement maniable supporte la chirurgie, et le curettage est le salut momentané du malade. Le larynx cancéreux est un *noli me tangere*. L'extirpation totale, avec trachéotomie, est la conduite à tenir, en soutenant le malade contre la déchéance organique.

20. MOURE. — **Sur le traitement des sinusites (maxillaire excepté).** — Il est nécessaire d'établir tout d'abord les types cliniques principaux que l'on est susceptible de rencontrer dans les inflammations suppuratives des cavités annexes de la face.

Je les diviserai en formes muqueuse ou muco-purulente, fongueuse et osseuse, cette dernière comprenant l'existence de trajets fistuleux plus ou moins persistants et des déformations externes caractéristiques de ces lésions.

Dans les sinusites ethmoïdales, la forme muqueuse, caractérisée par un simple gonflement passager de la pituitaire, avec écoulement plus ou moins abondant et plus ou moins épais, ne nécessite habituellement qu'un simple traitement médical (pulvérisations, pommade dans le nez, au besoin quelques fumigations ou même des cautérisations avec des solutions de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc).

La forme fongueuse réclame une intervention plus énergique, qui doit consister à supprimer les fongosités, et surtout les travées osseuses séparant les cellules ethmoïdales. Cette opération se pratique avec la cuiller tranchante, la curette, le galvano-cautère, le serre-nœud à froid, ou mieux encore avec une pince coupante qui permet de suivre pas à pas l'opération et d'enlever toutes les portions de tissu malade, sans aller au-delà du point sur lequel on désire agir. Si l'écoulement de sang était trop abondant on n'hésiterait pas à faire un tamponnement momentané avec une lanière de gaze iodoformée, mais il faut autant que possible ne pas tamponner systématiquement les fosses nasales des opérés, ces tampons irritant trop la muqueuse pituitaire et activant la sécrétion au lieu de l'arrêter.

La forme osseuse avec trajet fistuleux extérieur doit être traitée par la voie externe, ainsi que l'a déjà depuis longtemps conseillé Knapp (de New-York). En général, l'incision sera faite dans l'angle interne de l'œil; un curettage soigneux de la plaie sera pratiqué, et ce dernier devra être complété par le traitement endo nasal, qui permettra d'enlever des parties osseuses ou des fongosités que l'on n'aurait pu voir pendant l'opération par la voie externe.

Lorsque la chose est possible, je suture dans ces cas la plaie cutanée pour laisser simplement l'écoulement se faire par la voie nasale, laquelle offre un drainage très suffisamment pour assurer l'écoulement des produits de sécrétion après l'opération.

Le suintement muqueux ou muco-purulent que l'on observe

dans les sinusites frontales ne nécessite guère de traitement bien actif. En pareil cas, je me contente d'assurer la perméabilité du canal naso-frontal et au besoin d'aider l'évacuation des sécrétions contenues dans l'intérieur de cette cavité par des injections d'air simple (Hartmann) ou d'air mentholé (Guye). Quelques pulvérisations ou le traitement que j'ai exposé à propos des sinusites ethmoïdales pourront aussi être mis en œuvre.

La forme fongueuse réclame la suppression, à la pince coupante ou à la curette de toutes les fongosités qui tapissent l'entrée de l'infundibulum et du canal naso-frontal. Le lavage direct de la cavité, lorsqu'il est possible, offre une solution acceptable, mais si, toutefois, il ne donnait pas de résultat rapide et définitif, il ne faudrait pas, comme l'ont conseillé quelques auteurs, agir chirurgicalement par la voie endo-nasale, qui est dangereuse. Je n'hésite pas, en semblable occurrence, à pratiquer l'opération par la voie externe ; la méthode Ogston-Luc me paraît être le procédé le plus simple, le plus commode, le plus rapide et le plus définitif pour arriver au résultat cherché. Il m'arrive même de supprimer le drain intérieur au bout de cinq ou six jours, et de ne pas faire d'injections dans la cavité frontale, une fois l'opération terminée.

La forme osseuse et fistuleuse réclamera le même traitement que la précédente.

Les sinusites sphénoïdales légères simulent, en général, le catarrhe naso-pharyngien, et l'on n'a guère à intervenir dans ces cas. La forme fongueuse, bien connue aujourd'hui, est justiciable de l'ouverture du sinus, suivie du raclage et du curettage de la cavité sphénoïdale. Ordinairement, pour avoir un meilleur accès dans l'intérieur du sinus j'extirpe tout ou partie du cornet moyen, qui masque à la vue l'entrée de cette cavité : quelquefois même, cette simple suppression suffit pour guérir la sinusite.

Dans les sinusites combinées à forme fongueuse, on est souvent obligé d'employer la voie externe et la voie endo-nasale qui se complètent l'une à l'autre, parce qu'habituellement, lorsqu'on voit le malade, il est déjà porteur d'un trajet fistuleux externe conduisant, vers l'intérieur des fosses nasales, sur les lésions diffuses dont celles-ci sont atteintes. Je conseillerai volontiers même dans ces cas — si la chose est possible bien entendu — de suturer complètement la plaie cutanée, de façon à avoir une réunion par la première intention ; l'écoulement des sécrétions post-opératoires devant se faire facilement par l'intérieur du nez.

Enfin, je rappellerai qu'il faut autant que possible éviter le tamponnement des fosses nasales, et n'employer ce dernier que si l'hémorrhagie est trop considérable, mais non dans un but thérapeutique.

21. J. MACINTYRE (Glasgow). — **Emploi des rayons X dans les affections du nez et de la gorge, etc.** — *Introduction.* — Considérations sur les résultats obtenus et ce qu'on peut en attendre actuellement.

Description de l'appareil comprenant : a) source de courant avec rhéostat spécial pour la force fournie par la rue ; b) rouleaux ; c) condensateur ; d) interrupteurs variés, vibrateurs, mercure, moteur électrique, mécanique, etc. ; e) tube de Crooke, électrodes, cathodes, etc. ; f) supports, cryptoscopes, écrans fluorescents, écrans spéciaux pour la bouche, la face, le cou et les sinus.

Principes pour obtenir la définition, la pénétration, les photographies rapides ou instantanées et la fluorescence sur les écrans.

Photographies projetées en ombre sur les écrans fluorescents. Os et cavités de la face, larynx, épine dorsale, régions cervicale et thoracique, cavité thoracique renfermant les viscères, le cœur et les vaisseaux sanguins.

Écrans fluorescents et photographie. — Avantages et désavantages des diverses méthodes et meilleur mode d'emploi ; appareil spécial pour l'examen du nez, de la bouche, du pharynx et du larynx.

Les rayons X ont servi dans les cas suivants :

1. Corps étrangers de l'antre d'Highmore, du larynx, de la bouche et de l'œsophage.

2. Fractures de l'os hyoïde, des maxillaires supérieurs, etc.

3. Tumeurs buccales, destruction du maxillaire supérieur par une affection maligne, anévrisme pulmonaire, etc.

4. Pénétration de liquide dans la plèvre.

5. Ossification des cartilages laryngiens, pièces anatomiques de l'oreille interne, de la mastoïde, etc.

Ensuite M. montre des photographies et décrit la manière dont il opère.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE.

Séance du 27 avril 1897 ⁽¹⁾.

Président : Prof. POLITZER.

Secrétaire : Dr POLLAK.

1. F. ALT montre un enfant de 14 ans soigné dans le service de Schroetter et atteint depuis le 19 mars de **méningite cérébro-spinale épidémique**. Diagnostic au moyen de la ponction spinale. Au douzième jour le malade accusa des douleurs dans l'oreille gauche. A. l'examina et trouva la membrane tympanique gauche rouge, tuméfiée, voûtée. L'enfant étant très agité, on dut renoncer à la paracentèse et attendre la rupture spontanée. Sur des préparations fraîchement colorées de pus recueilli au fond du conduit auditif, le Dr A. Schiff, de la clinique de Schroetter, reconnut à côté d'autres microbes une masse de diplocoques intra-cellulaires qui avaient engendré la méningite cérébro-spinale épidémique et qu'il avait déjà vus deux jours auparavant dans la sécrétion nasale. On n'obtint pas de cultures pures typiques, le pus renfermant encore d'autres bactéries venant du conduit auditif.

Par un traitement approprié, l'otite moyenne aiguë suppurée guérit en dix-sept jours ; actuellement la membrane tympanique est normale et le pouvoir auditif presque rétabli.

Cette observation est la première dans la littérature où l'on ait rencontré dans le pus de l'oreille les producteurs de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Discussion.

GRUBER demande si l'on connaît des cas analogues, pour sa part il n'en a rencontré qu'un seul.

POLITZER croit que chez le malade de ALT, les microbes ont pénétré par le pharynx nasal.

2. A. POLITZER. — Sur les exostoses symétriques de la dimension d'un grain de chènevis de l'extrémité interne du conduit auditif. — P. présente un vieillard affecté d'otite moyenne catar-

¹ D'après le *Monats. f. Ohrenh.*, mai 1897.

rhale droite, chez lequel on voyait à l'extrémité interne du conduit auditif osseux, au voisinage de la membrane de Shrapnell, deux exostoses blanchâtres grosses comme des graines de chènevis qui enserraient la courte apophyse du marteau. Ces exostoses ne sont pas très communes ; la plupart du temps elles sont bilatérales, tandis que dans le cas présent, seule l'oreille droite était atteinte. Rarement ce genre de tumeur dépasse le volume d'un grain de chènevis, P. croit que leur développement se rattache à l'accroissement du temporal, d'autant plus qu'à cette place les extrémités libres de l'anneau tympanique touchent les surfaces externes de la paroi squameuse du temporal.

Il est étonnant que malgré la quantité d'examens crâniens pratiqués on n'ait jamais vu ces exostoses symétriques près du sillon de Rivinus sur les crânes macérés. On devra encore rechercher s'il s'agit de néoformation osseuse ou d'épaississement du tissu cicatriciel ; seuls l'ablation et l'examen microscopique des petites tumeurs résoudraient ce point.

Discussion.

GRUBER pense que la formation des exostoses accompagne la croissance de l'anneau tympanique et qu'elle est attribuable à un excès de formation. Comme les extrémités de l'anneau tympanique ces tumeurs sont plus ou moins rapprochées et n'augmentent pas.

3. D. KAUFMANN. — **Opération mastoïdienne radicale atypique.** — Homme de 30, ans opéré à Lemberg pour une otite moyenne chronique gauche avec céphalalgie et vertiges, se présente à la clinique de Politzer dans l'état suivant : conduit auditif très étroit, rempli de pus, le fond est tapissé de granulations ; sur l'apophyse mastoïde on voit une surface de plaie irrégulière granuleuse, s'enfonçant en entonnoir et sur laquelle on sent des fragments osseux. La voix parlée est perçue à 50 centimètres. A l'opération on trouve un séquestre formé de l'écaille du temporal et d'une portion du processus zygomatique ; derrière, la dure-mère est libre sur l'étendue d'une pièce de quatre kreutzers et recouverte de granulations spongieuses. A la partie postéro-supérieure de l'apophyse mastoïde on distingue une lacune de un demi centimètre d'où émergent des granulations ; le râclage est suivi d'une hémorrhagie du sinus transverse enrayée par un tampon de gaze iodoformée. Plus en avant, on voit une troi-

sième petite ouverture qu'on élargit, et on s'aperçoit qu'elle pénètre dans l'antre contre l'oreille moyenne. Opération radicale par la formation d'une vaste cavité embrassant l'oreille moyenne, l'attique, l'antre et une partie de l'apophyse mastoïde ; évidement des granulations et des masses cholestéatomateuses, plastique de la paroi du conduit auditif. Il persiste seulement un léger écoulement de l'oreille moyenne.

4. D. KAUFMANN. — A la dernière séance de la société d'otologie ALT a rapporté une observation d'otite moyenne plastique (otite moyenne scléreuse) améliorée par l'établissement d'une ouverture tympanique permanente pratiquée par la paracentèse et suivie d'injection de vaseline dans la trompe.

Aujourd'hui je présente une malade atteinte d'**otite scléreuse typique** (membrane tympanique normale, surdité progressive, Rinne négatif avec prolongement de la conduction par les os de la tête, lacunes de perception aérienne pour les tons bas) sur laquelle j'ai tenté de maintenir une ouverture tympanique pendant trois semaines. Le résultat est que l'audition et les symptômes subjectifs se sont notablement aggravés.

Aussi me crois-je autorisé à dire que : 1° dans la sclérose il s'agit d'une affection osseuse, non influencée par les suppurations de la muqueuse ; 2° que la provocation d'un écoulement est contre-indiquée.

Discussion.

ALT n'est pas d'avis que d'après un seul insuccès il faille rejeter sa méthode, qui lui a réussi dans les affections de l'oreille moyenne, accompagnées d'insupportables troubles subjectifs. Ce traitement est inoffensif et c'est déjà beaucoup qu'il soulage la souffrance.

KAUFMANN dit que la difficulté est de distinguer la sclérose des adhérences de l'oreille moyenne.

GRUBER est opposé à l'idée de Kaufmann selon laquelle la néoformation osseuse de la paroi labyrinthique décrite par Politzer doit être considérée comme une sclérose de l'oreille moyenne. G. range cette affection parmi les inflammations hyperplastiques de l'oreille moyenne. Sous le nom d'*otite moyenne hyperplastique* il entend toutes les inflammations chroniques, même circonscrites, n'offrant pas d'exsudation mais pénétrant dans les tissus. La néoformation osseuse de Politzer doit aussi être rattachée à cette catégorie. Contrairement à Kaufmann qui repousse la pa-

racentèse suivie d'injection vaselinée préconisée par ALT, G. admet ce procédé. Le cas de K. ne prouve rien, car la membrane tympanique offrait un tout autre aspect que chez le sujet de ALT. Dans le premier cas la membrane était atrophiée ; dans le second le tissu et la membrane tympanique étaient épaissis, ce qui nécessite toujours une perforation.

POLITZER. — La dénomination de sclérose est inexacte pour cette forme d'affection du conduit auditif. Le groupe d'affections auriculaires désigné jusqu'ici sous le nom d'otite moyenne scléreuse se divise en deux classes, l'une comprenant les adhérences de l'oreille moyenne, et l'autre, plus importante, les excroissances osseuses décrites comme affections de la capsule labyrinthique sans lésion de la muqueuse de l'oreille moyenne.

5. GRUBER montre deux **temporaux** sur lesquels on distingue des **hyperostoses** situées sur les deux conduits auditifs externes. Dans l'un se trouve un épi de blé inséré dans la membrane tympanique et qui séjourne depuis longtemps dans l'oreille. A cette occasion G. rapporte qu'il y a de nombreuses années qu'il a vu un épi rester 17 ans dans la membrane tympanique sans provoquer d'accidents. Après son extraction on vit une perforation tympanique d'environ 4 millimètre qui se referma bientôt.

6. POLITZER. — **Discussion sur la valeur thérapeutique du peroxyde d'hydrogène.** — Les propriétés antiseptiques du peroxyde d'hydrogène découvert par Thénard en 1818 furent reconnues par Baldy en 1822 et recommandées pour la chirurgie. Mais c'est seulement durant ces dernières années que Neudörfer a préconisé ce moyen antiseptique et hémostatique. Introduit dans la pratique otologique par Bettmann en 1883, il a trouvé d'ardents défenseurs en Rohrer, Bull, Dayton, Dundas Grant et Lermoyez. Sur la demande de ce dernier, G. Gellé a entrepris des recherches expérimentales et cliniques sur l'action du peroxyde d'hydrogène publiées dans les *Arch. intern. de lar. otol. et rhin.* (tome IX, 203, page 458).

Les solutions de peroxyde d'hydrogène vendues par les droguistes varient d'intensité. Les pharmaciens viennois fournissent des solutions de 3 à 6 % ; ceux de Paris tiennent des solutions de 10 à 12 %.

P. recommande le peroxyde d'hydrogène :

1° Dans les otites moyennes aiguës. Après lavage du conduit auditif avec de l'eau stérilisée chaude, on penchera la tête sur

le côté et on remplira le conduit de peroxyde d'hydrogène, puis on fera une insufflation d'air pour faire pénétrer le liquide dans la cavité tympanique. Si au bout de quelques jours la sécrétion ne diminue pas, on a recours à l'acide borique.

2° Souvent dans les otites moyennes chroniques l'emploi du peroxyde d'hydrogène pendant plusieurs jours amène la cessation ou une diminution notable de l'écoulement.

3° Le peroxyde d'hydrogène réussit bien dans les formes d'otite moyenne desquamative où les pellicules ne sont pas toujours entraînées par les lavages ordinaires.

Les propriétés hémostatiques du peroxyde d'hydrogène ont été louées par Neudörfer. G. Gellé les a prouvées par des expériences sur des lapins. P. s'en est servi avec succès dans les hémorrhagies consécutives à l'ablation de polypes du nez, dans les interventions intra-tympaniques et sur les cornets.

POLLAK a été satisfait de l'emploi du peroxyde d'hydrogène dans les suppurations de l'attique et dans les otites moyennes aiguës où la perforation siégeait à l'extrémité de la portion postérieure de la caisse.

URBANTCHITSCH loue les propriétés hémostatiques du peroxyde d'hydrogène.

Gomperz a employé avec de bons résultats le peroxyde d'hydrogène dans les opérations naso-pharyngiennes.

ALT. — Depuis longtemps on se sert à la clinique de Gruber du peroxyde d'hydrogène, surtout dans les otites moyennes chroniques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Séance du 28 avril 1897 (1).

Président : J. W. GLEITSMANN.

Secrétaire : T. P. BERENS.

1. W. C. PHILLIPS. — **Affection laryngienne obscure.** — Ce malade a été présenté l'an dernier. Agé de 26 ans à cette époque, il se plaignait d'un enrouement remontant à dix ans, et avait

(1) D'après *The Laryngoscope*, juin 1897.

même entièrement perdu la voix pendant assez longtemps. Il existait une perte de tissu du bord antérieur de la cloison, envahissant la peau et l'aile gauche. Beaucoup de tissu cicatriciel ; le nez avait une forme tortillée. Ulcération des cornets gauches inférieur et moyen, mais pas de nécrose. La déformation externe du nez remontait à vingt ans. Infiltration bilatérale prononcée du larynx, envahissant les cordes vocales fausses et vraies et l'espace inter-aryténoïdien ; ulcération considérable à droite. Aucune douleur, état général bon, le malade est vigoureux et n'est ni syphilitique, ni tuberculeux. Il a pris de l'iodure de potassium et du mercure.

Les membres de la section l'examinèrent et crurent à la syphilis. L'un d'eux crut que les accidents disparaîtraient en saturant le malade d'iodure de potassium et de mercure. Actuellement le même degré d'infiltration subsiste et on voit des ulcérations sur la corde vocale droite ; sur le côté droit de l'épiglotte se trouve une fissure profonde d'un quart de pouce, qui débutait lors du premier examen ; elle s'est développée lentement et n'est pas sensible, même lorsqu'on la touche avec une sonde.

Note du 10 juillet 1896.

Le malade a pris de l'iodure de potassium à la dose de 60 grains et on lui a fait des frictions mercurielles. Il a suspendu l'iodure il y a quinze jours en raison de troubles gastriques, mais il continue les frictions à intervalle de quatre ou cinq jours.

On a appliqué sur les ulcérations nasales une forte solution de Ag. N.O_3 qui a amené la diminution graduelle.

L'ulcération laryngée a notablement rétrogradé. Application bi-hebdomadaire d'ichtyol à 50 %. La légère ulcération du bord de l'épiglotte a été touchée avec Ag. N.O_3 , mais il s'étend. La voix est revenue, mais enrrouée. Respiration nasale plus aisée.

23 septembre. — Par la chaleur l'ulcération laryngienne a décru, mais l'infiltration persiste. Sa voix est toujours rauque.

Malgré le traitement les accidents se sont aggravés l'hiver. Depuis le 1^{er} novembre, plus de voix. Récemment deux crises de dyspnée dues à des collections purulentes ou plutôt à l'augmentation de l'infiltration.

Discussion.

J. SOLIS COHEN (Philadelphie), relève le gonflement des cordes vocales antérieures. Il existait aussi des nodules de la base de

la langue, peut-être lupiques, mais le lupus étant rare, il faudra procéder à l'examen microscopique.

NEWCOMB mentionne un cas analogue où le voile palatin, la luette, etc., étaient affectés d'une maladie ressemblant au lupus ; au microscope on vit qu'on s'était trompé, et plus tard on reconnut la spécificité.

MAYER ne croit pas au lupus chez le malade présenté.

GLEITSMANN demande si l'examen microscopique a été fait.

PHILLIPS n'a pas cherché à extraire de fragments de la tumeur et n'a pas examiné les crachats. L'ulcération de l'épiglotte était si légère qu'il ne la croit pas tuberculeuse, surtout étant donné le bon état général du malade. P. a cru à du lupus, mais les membres de la section étant partisans de la syphilis, il pense avoir fait erreur.

On a donné sans succès de l'iodure de potassium et du mercure et si l'infiltration augmente on aura recours au tubage.

2. R. C. MYLES. — Deux cas d'affections du sinus frontal. — M. opéra avec succès ces deux cas où il existait des granulations du méat moyen qui bloquaient l'infundibulum.

Opération par la méthode de Luc, en faisant une ouverture dans le sinus frontal, au-dessus du sillon super-ciliaire. Dans un cas du pus s'écoulait en grande quantité. Les malades portent encore des drains de caoutchouc qui maintiennent la communication entre le nez et le sinus. Les résultats ont été remarquables.

Discussion.

CURTIS demande à l'auteur combien de cas il a vus. Il trouve cette ouverture anormale.

MYLES a perforé onze sinus frontaux par l'extérieur à la suite d'opérations pratiquées à travers le nez et ayant échoué. Il préférerait un tube d'argent au drain de caoutchouc.

HARRIS a été très satisfait de ce procédé opératoire dans deux cas.

3. BEARENS. — Adhérences spécifiques du voile du palais, à la paroi postérieure du pharynx ; avec obstruction complète à droite.

Opération effectuée avec succès trois ans auparavant par la méthode de Nichol. Le malade ne respirait pas du tout par le nez avant l'intervention et il le fait parfaitement à présent.

4. GLEITSMANN. — Tumeur du ventricule de Morgagni. — A la première extraction G. n'excisa pas toute la tumeur, il dut recommencer à l'aide de la double curette horizontale de Herzog.

Le Dr Wright examina la tumeur et reconnut du tissu granuleux et des cellules rondes ; il existait aussi de la nécrose coagulée. La tumeur devait contenir des tubercules, mais pas de bacilles.

5. J. W. GLEITSMANN. — Influence des végétations adénoïdes sur le développement et la configuration du maxillaire supérieur et de la cloison nasale. — (Publié dans les *Annales*, n° de juillet 1897).

Discussion.

J. SOLIS COHEN regrette de ne pas bien posséder le sujet. Il est vrai que le palais est voûté et la cloison déviée, mais il arrive que nous observons ce fait sans qu'il existe de végétations adénoïdes.

GOODWILLIE parle brièvement de l'anatomie de la bouche. On sait que le palais peut se voûter par suite de l'excès de développement du processus alvéolaire.

MAYER signale les rapports des végétations adénoïdes avec les déviations du septum.

MYLES dit que la déviation de la cloison est fréquente chez les enfants.

QUINLAN rapporte que les déviations surviennent d'ordinaire aux points où la lame de l'éthmoïde se suture au vomer.

GLEITSMANN termine en disant que le but de son mémoire était d'attirer l'attention sur les rapports existant entre les végétations adénoïdes et le développement du maxillaire et de la cloison nasale. Nous observons aussi le premier degré de malformation, palais très arqué et déviation de la cloison dans d'autres obstructions anciennes entravant la respiration nasale. La preuve positive que les formes plus graves — maxillaire en V. avec malformations dentaires — dépendent de la présence des végétations adénoïdes ne pourrait être faite qu'au cas où celles-ci subsisteraient pendant et après la seconde dentition, ce qui est inadmissible, mais ce qui était pourtant chez des malades observés par Koerner et d'autres auteurs.

ANALYSES

I. — OREILLE

Perception de la direction des sons, par LUZZATI (*Giorn. della Acad. di medic. di Torino*, 1897, n° 2, p. 123).

La faculté individuelle de localisation des sons est très variable et chez des sujets assez nombreux nulle ou presque nulle. — Cette faculté n'offre aucun rapport proportionnel avec l'acuité auditive. Certains sujets reconnaissent la direction mais sans certitude absolue ; d'autres, au contraire, ont la certitude complète. Parfois, pour une même position de la montre, les opinions successives sont absolument contradictoires. C'est dans la direction antérieure que les erreurs sont les plus fréquentes.

L'exercice augmente cette faculté ; la précision augmente avec une série d'expériences. Mais quand celles-ci se prolongent, la fatigue rend les derniers résultats absolument erronés.

A. F. PLICQUE.

Traitement de la myringite chronique sèche, par STETTER, (*Gaz. degli ospedali*, 27 avril 1897).

Stetter conseille d'injecter chaque jour dans l'oreille, en ayant soin qu'elles viennent en contact avec le tympan, quelques gouttes de la mixture.

Acide sozoiodolique. 0 gr. 25 centig.

Alcool absolu 1 gr.

Huile de ricin. 10 gr.

L'épaississement de la membrane tympanique diminuerait progressivement sous l'influence de l'acide sozoiodolique. L'amélioration complète exige trois à quatre semaines.

A. F. PLICQUE.

L'otite moyenne suppurée et son traitement (de San Antonio) par ROBERT E. MOSS, (*Med. record*, 1897, p. 301).

R. rapporte quatre observations d'otorrhées anciennes traitées avec plein succès, non seulement au point de vue de l'otorrhée mais souvent au point de vue de l'audition, par l'opération de

Stacke. Il regarde celle-ci comme indiquée quand l'écoulement persiste. L'indication est d'autant plus formelle que l'otorrhée constitue une menace permanente d'abcès cérébraux et de thrombose des sinus. L'opération de Stacke est d'ailleurs inoffensive.

A. F. PLICQUE.

Un cas d'otite moyenne suppurée bilatérale, suivie d'une méningite mortelle par propagation à travers le labyrinthe le long des nerfs auditif et facial, par TH. BARR (*Glasgow. med. journ.* avril 1897, p. 247).

L'auteur apporte l'observation détaillée d'un jeune homme de 17 ans, affecté d'une otite double depuis 7 ans, mais qui ne put être traité rationnellement que lorsqu'il fut trop tard ; la trépanation de l'antre du côté gauche, la mise à nu du sinus latéral ne conjurèrent pas les accidents méningitiques. L'intérêt de ce cas réside en ce que l'infection n'avait pas suivi la voie habituelle, la dure-mère était intacte, la paroi du sinus de même, la paroi supérieure de la caisse du tympan également. Le processus destructif de l'antre et de la caisse s'était propagé au labyrinthe dont il ne restait qu'un vestige de limaçon ; la lame criblée était cariée, le nerf auditif détruit et terminé par un moignon tuméfié ; c'est le long de ce nerf et du facial également tuméfié et inséparable de l'acoustique que la suppuration avait pénétré jusqu'à la base du crâne. Il faut noter, quant aux symptômes, l'absence de vertige malgré la destruction du labyrinthe.

M. N. W.

Complications auriculaires dans les oreillons, par J. L. MINOR, (*N. Y. med. journal* 1897, p. 42).

M. rapporte huit cas d'otite au cours des oreillons. L'oreille gauche a été touchée cinq fois sur six cas ou l'otite était unilatérale. Dans trois cas, il s'agissait d'otite moyenne, dans trois autres d'otite interne. Dans un cas, l'otite ayant débuté par l'oreille moyenne s'étendit à l'oreille interne. La marche fut inverse dans le dernier cas. — Faute de traitement précoce, une surdité définitive peut être la suite de ces otites des oreillons. Cette suite est d'autant plus grave que l'otite est bilatérale (deux cas sur huit).

A. F. PLICQUE.

Sur 34 cas d'ouverture de l'antre mastoïdien dont 16 avec ouverture large de la caisse et de ses annexes, par MOURE (*Archives clin. de Bordeaux*, février et mars 97).

Série de 34 observations avec commentaires concernant l'his-

torique et le traitement des mastoïdites, et l'anatomie de la région mastoïdienne.

Le travail de l'A. renferme une étude assez précise des rapports de la caisse, du récessus epitympanique, de l'additus et de l'antre ; dans 4 cas qui y sont relatés, Moure a trouvé le sinus au point d'élection de l'ouverture de l'antre, dont les rapports peuvent être d'ailleurs profondément modifiés par une suppuration ancienne qui parvient à en supprimer la cavité.

Mais au chapitre des *indications opératoires*, Moure n'a en vue que les cas où la persistance de la suppuration de la caisse, en dépit de tous les traitements institués, et surtout la persistance de la fétidité des sécrétions constitue une indication formelle, surtout si l'on suppose l'existence d'une lésion osseuse ou à plus forte raison de masses cholestéatomateuses.

Statistique : 34 cas (ouverture simple de l'antre ou Stacke), trois décès, dont un seul imputable à l'opération.

Entre parenthèses, l'A. revendique pour Küster et en partie pour Bergmann la priorité du procédé que la plupart des auteurs ont à tort attribué à Stacke, qui, en réalité, n'a fait que le mettre en lumière et le vulgariser.

R. ÉTIÉVANT.

Le cholestéatome de l'oreille, par LUC (*Méd. moderne*, 24 février 97).

La formation de produits épidermiques dans l'oreille moyenne se présente sous divers aspects.

a. Tantôt c'est un processus cicatriciel, ou de guérison.

b. Souvent ce sont des lamelles qui s'appliquent directement sur le périoste, ou recouvrent une couche de bourgeons charnus.

c. Enfin on observe des globes épidermiques, de dimensions extrêmement variables, provoquant une raréfaction osseuse, et même des pertes de substance intéressant les méninges, le sinus latéral...

d. En dernier lieu, on rencontre le c. primitif, sans suppuration antérieure ; les masses épidermiques ont alors une consistance plus homogène, sont entourées d'une membrane d'enveloppe et siègent d'un seul côté.

L'auteur rappelle ensuite toutes les théories qui prétendent expliquer la lésion ; celle de Virchow qui en fait un véritable néoplasme ; celle de Schmiegelow qui les rattache à une suppuration prolongée accompagnée de rétention ; celle enfin de Bezold et Habermann d'après laquelle une solution de continuité reliant directement la caisse aux téguments est nécessaire à leur production.

Toutes ces théories sont passibles d'objections sérieuses, l'auteur admet une théorie mixte.

Il existe un cholestéatome primitif, ayant prédilection pour l'oreille moyenne ; et un autre secondaire aux suppurations anciennes ; ce dernier est curateur, à condition d'être limité à la caisse largement ouverte au niveau de sa paroi tympanique ; il entretient au contraire la suppuration si les régions anfractueuses (attique..) sont envahies ; à la faveur de la suppuration, les produits épidermiques desquament et fermentent constamment en effet.

Cliniquement le cholestéatome sans otorrhée est latent ou à peu près (vertiges, voussure tympanique...) Secondaire, il se caractérise par la présence des lamelles nacrées, remplissant la perforation, le plus souvent dans le pôle supérieur ; le jet de la canule de Hartmann en les entraînant, en quantité parfois incroyables, donne la clé du diagnostic.

Le cholestéatome amène des perforations osseuses qui, occupant la région mastoïdienne, donnent les signes de la mastoïdite aiguë ; ou, ayant dénudé la dure mère, ceux de l'abcès cérébral ou d'une sigmoidite.

La fréquence des complications intra-crâniennes est, avec la ténacité de la lésion, une des caractéristiques du cholestéatome.

On commencera le traitement par les irrigations répétées avec la canule de Hartmann, les injections modificatrices, enfin les insufflations iodoformées ; en cas d'échec, on enlèvera les deux premiers osselets, très souvent cariés ; ce moyen étant reconnu insuffisant, il faudra recourir à l'ouverture large attico-mastoïdienne, en créant une ouverture permanente rétro-auriculaire, par laquelle on surveillera et nettoiera facilement la région envahie. On appliquera, par la méthode de Kretschmann, deux lambeaux cutanés sur la large perforation opératoire ; ils seront maintenus par des sutures et un tamponnement antiseptique, et serviront d'utile amorce à une épidermisation régulière et définitive ; la déformation qui en résulte sera facilement masquée.

Tel est l'état actuel de nos connaissances sur ce point encore obscur de la pathologie auriculaire, dont M. Luc a fait l'objet d'une leçon aussi claire que complète.

H. RIPAULT.

II. — NEZ ET SINUS

Le nez et la menstruation, par FLIESS (*Il. Morgagni*, 1897, p. 266).

Les fosses nasales offriraient au moment des règles des modifications constantes, turgescence de la muqueuse, sensibilité exagérée au contact de la sonde, tendance aux hémorragies, coloration violacée. Ces modifications sont particulièrement accentuées sur le cornet inférieur et sur les tubercules du septum. Les affections nasales et surtout celles qui portent sur ces points peuvent être une cause puissante — la plus importante de toutes, d'après Fliess — de dysménorrhée.

En cocaïnisant ces points qu'il nomme points génitaux du nez, celle-ci disparaît tant que dure l'action de la cocaïne. Le traitement des lésions, les cautérisations peuvent supprimer d'une façon durable la dysménorrhée. Les maladies infectieuses antérieures, scarlatine, diphtérie, influenza, sont souvent la cause de ces lésions.

Pendant la grossesse, la congestion des points génitaux du nez continuerait à se produire d'une façon très remarquable à l'époque précise où devraient avoir lieu les règles supprimées.

A. F. PLICQUE.

Vers des fosses nasales, par H. M. FOLKES (*Medical record*, 1897, p. 677).

Malgré le très grand nombre de vers qui avaient envahi la fosse nasale droite, la guérison fut relativement facile ; une partie des vers fut enlevée à la pince, le reste fut facilement tué par des pulvérisations d'une solution alcoolique de chloroforme. — Le gonflement qui avait été assez intense pour faire songer à une sinusite et à la trépanation du sinus disparût après l'expulsion des vers.

A. F. PLICQUE.

Obstruction nasale chez un nouveau-né, par ELISA H. ROOT (*N. Y. med. journal* 1897, p. 634).

Chez un nouveau né très robuste né sans cause aucune en état d'asphyxie, ranimé à grand peine, R. constata pendant les quelques jours qu'il survécut une impossibilité absolue de la respiration nasale. Après la mort qui survint par suite de la gêne respiratoire, les cornets inférieurs et moyens furent trouvés gonflés,

gorgés de sang, oblitérant entièrement les fosses nasales. Cette énorme vascularisation aurait rendu une intervention chirurgicale assez périlleuse.

A. F. FLICQUE.

Affections inflammatoires aiguës non spécifiques des voies respiratoires supérieures chez les nourrissons, par CH. GILMORE KERLEY (*Archives of pediatrics*, 1897, avril, p. 251).

La rhinite aiguë demande à être sérieusement traitée chez le nourrisson dont elle gêne l'allaitement; l'auteur ordonne dès le début des petites doses de camphre et de calomel — on donne 0,007 milligr. de camphre et 0,003 milligr. de calomel toutes les demi-heures; au bout de dix doses, le camphre est continué seul en donnant toutes les heures de 7 à 15 milligr. D'autre part, on verse deux gouttes d'huile mentholée dans les narines toutes les demi-heures d'abord, une goutte toutes les deux heures plus tard.

L'angine catarrhale, indépendante de la rhinite quelquefois, lui succède souvent. Les applications locales sont à peu près impraticables chez l'enfant au-dessous d'un an et provoquent une agitation extrême; l'auteur a recours à l'antipyrine et au chlorate de potasse qu'il associe à la dose de 0,06 centigr. chaque, répétée toutes les deux heures pour un enfant d'un an. L'action de l'aconit est absolument nulle dans ces cas.

La laryngite catarrhale survient rarement d'emblée, le plus souvent à la suite de l'angine ou de la rhinite; le diagnostic entre cette laryngite et le croup diphtérique est des plus difficiles en l'absence de données bactériologiques. Lorsque l'enfant est déjà raisonnable, le froid appliqué au cou est un très bon moyen; chez les tout petits les vapeurs chaudes sont encore ce qu'il y a de mieux à employer pour amener un prompt soulagement; les substances aromatiques ou autres que l'on vaporisent n'ont guère d'influence; on fait durer l'inhalation un quart d'heure et on recommence après un quart d'heure d'intervalle ou plus tard suivant les cas. Parmi les médicaments internes, les meilleurs sont l'ipéca, l'antipyrine et le bromure de sodium que l'on fait bien d'associer et de donner à petites doses répétées. Lorsque les accidents s'aggravent, on aura recours aux fumigations de calomel en faisant sublimer 0 gr. 60 de calomel dans l'espace de dix minutes toutes les deux heures, en trois ou quatre fumigations la suffocation cède en général, de sorte que l'auteur n'a plus eu recours au tubage depuis qu'il use de ce moyen. Pour se rendre compte

de l'action de ces fumigations, l'auteur s'y est soumis avec un petit patient, il a constaté que la sensation était d'abord assez désagréable et qu'il y avait une certaine irritation des voies respiratoires, puis, en sortant de la tente, l'auteur a eu une abondante sécrétion aqueuse du larynx et de la trachée, qui a persisté une demi-heure. C'est à cette hypersécrétion qu'il peut attribuer l'efficacité du traitement préconisé. M. N. W.

Un cas de chancre, un cas de kyste dermoïde des fosses nasales,
par A. KOHN (*New York med. journal* 1897, p. 421).

Le chancre intranasal fut d'abord pris pour des végétations et traité par le curetage. Hémorrhagie énorme et repullulation rapide. Puis on songea à un accident tertiaire, le traitement ioduré fut donné sans résultat. Enfin, la roséole typique apparut. Ce chancre laissa une obstruction presque complète par adhérences de la narine droite au niveau du cornet moyen.

Dans le cas de kyste dermoïde, les lésions étaient bilatérales, multiloculaires. Ablation facile au serre-nœud. Les kystes renfermaient un magma caséeux.

A. F. PLICQUE.

De la transillumination dans le diagnostic de l'empyème de l'antre d'Highmore, par FURFESS POTTER (*Brit. med. jour.*, 1897, p. 653).

Chez une jeune femme présentant divers symptômes d'un empyème de l'antre, l'auteur fait une ponction exploratrice suivie d'un lavage phéniqué faible qui confirme le diagnostic; l'établissement d'une fistule alvéolaire est remis de quelques jours pour des raisons non médicales et lorsqu'on voulut y procéder, la patiente n'éprouvait plus aucun symptôme pathologique et il ne s'écoulait de pus nulle part; les choses restèrent ainsi comme si l'unique lavage avait guéri l'empyème. Pourtant, lorsque, quelque temps plus tard, on fit la transillumination, la région sous-orbitaire se trouvait opaque; une deuxième ponction avec lavage amena une quantité tout à fait négligeable de matière blanchâtre, de sorte que l'opacité ne pouvait certainement tenir qu'à un épaississement de la paroi antérieure de l'antre. L'auteur en conclut que la ponction, qui est inoffensive et non douloureuse, est le moyen le plus sûr et le plus recommandable pour établir le diagnostic de l'empyème.

M. N. W.

Sérum antistreptococcique dans la sinusite maxillaire aiguë, par BOUCHERON (*Bulletin de la Société de biologie*, 1897).

Dans un cas très net de sinusite aiguë, chez une femme

de 38 ans, B. pratiqua trois injections de 5 centimètres cubes du sérum de Marmoreck, les trois injections séparées chacune par quelques jours d'intervalle : La seconde injection détermina la cessation des douleurs névralgiques, la troisième aurait amené la disparition des signes locaux (œdème de la région maxillaire, douleur à la pression, obscurité de la région), la malade n'avait ni rhinite, ni lésions dentaires.

A. G.

Tréparation du sinus frontal, par GRIFFITH (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 392).

Une femme, atteinte depuis cinq ans d'un écoulement purulent par la narine droite, arrive en se plaignant d'une gêne respiratoire qui va croissant. La narine, trouvée obstruée par de gros polypes, en est débarrassée ; on constate alors que la suppuration provient du sinus frontal droit. Il est trépané, trouvé plein de granulations et de petits polypes, soigneusement raclé et drainé et lavé durant huit jours ; au bout de ce temps le liquide ne présente plus trace de pus et on laisse la plaie se refermer. L'opérée, revue un an plus tard, n'a jamais présenté aucun accident depuis l'intervention et toute suppuration a cessé.

M. N. W.

Remarques sur le traitement opératoire d'un cas d'empyème bilatéral du sinus frontal compliqué d'empyème bilatéral des antres d'Higmore, par HERBERT TILLEY (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 497).

Le patient, âgé de 38 ans, a eu depuis son enfance des accidents du côté du nez ; à huit ans, à la suite d'un coup sur le front, il a eu un écoulement par le nez, qu'il ne sait plus préciser ; à dix-huit ans il eut un vaste abcès à la racine du nez avec phlegmon du cuir chevelu qu'il fallut drainer en divers points ; l'abcès frontal laissa une fistule qui fut très longue à se fermer ; il s'établit en même temps un abondant écoulement de pus fétide par les narines, lequel a toujours persisté depuis 20 ans, tout en n'influençant d'aucune manière l'excellente santé générale et en ne donnant lieu à aucune douleur.

L'examen du nez montra d'abord l'existence de nombreux polypes muqueux qui furent extirpés ; il fut facile de constater alors que le pus, excessivement fétide, venait en quantité des sinus frontaux et des sinus maxillaires que l'on sondait sans

difficulté. Quelques chicots ayant été enlevés, et des canules placées à demeure dans les sinus à travers les alvéoles on acquit la conviction que ces sinus servaient simplement de réservoirs au pus qui leur arrivait des sinus frontaux avec lesquels ils communiquaient librement ; le malade sentait le courant du liquide dans la région frontale lorsqu'il était injecté avec quelque force dans le sinus maxillaire ; d'autre part, le sinus maxillaire étant bien lavé il y arrivait un flot de pus lorsqu'on cathétérisait le sinus frontal du même côté.

Voici l'opération qui fut exécutée en deux temps ; tout d'abord on excisa elliptiquement la peau au niveau de l'ancienne fistule frontale adhérente à l'os ; puis les parties molles et le périoste étant disséqués et écartés, on trépane les sinus frontaux qui furent trouvés dilatés, non communicants, pleins de pus, tapissés d'une membrane muqueuse polypoïde ; elle fut soigneusement curettée, ce qui ouvrit plusieurs petits abcès, cautérisée au chlorure de zinc et les sinus finalement bourrés de gaze ; à gauche l'infundibulum, très large, avait été tamponné avant le curettage et l'opérateur eut lieu de se repentir de n'avoir pas procédé de même à droite, car l'hémorrhagie était fort abondante et le sang pénétra par l'infundibulum droit dans les voies aériennes en causant une sérieuse alerte. Le nettoyage terminé, on plaça des cathéters dans les infundibuli afin d'éviter leur oblitération par des caillots, on les fit sortir par la plaie frontale et les narines et on tamponna les cavités. Quatre jours plus tard, les cathéters furent retirés, une nouvelle cautérisation faite au chlorure de zinc, une sonde placée dans l'infundibulum gauche, de telle sorte que son extrémité supérieure en entonnoir ne dépassât pas ce conduit, le bout sortant par la narine ; la plaie frontale fut alors avivée, le périoste suturé par dessus les orifices dûs au trépan et la peau suturée exactement. Au bout de six jours, pendant lesquels des lavages biquotidiens des sinus sont faits, on ne constate plus d'écoulement par les sinus frontaux et très peu de muco-pus venant des sinus maxillaires ; un mois plus tard les sinus frontaux ne donnaient rien, le lavage des autres amenant fort peu de pus. M. N. W.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALLEMAGNE ET AUTRICHE

Nez et sinus.

M. Bresgen. Contribution à l'étude de l'ozone (*Munch. med. Woch.*, n° 10, 1894).

O. Schadewaldt. Polype angiomateux de la cloison nasale (*Archiv. f. Lar. und Rhin.*, h. 3, 1894).

A. Alexander. Remarques sur l'anatomie du polype angiomateux de la cloison (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

M. Scheier. Contribution à l'étude des polypes angiomateux de la cloison nasale (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

P. Heymann. Contribution à l'étude des tumeurs angiomateuses de la cloison nasale (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

G. Spiess. Traitement des scoliozes de la cloison (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

V. Engelmann. Le catarrhe du sinus frontal (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

Hopmann. Deux nouveaux cas d'atrésie bilatérale complète des choanes (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

W. Wroblewski. Emploi de l'antipyrine comme anesthésique dans les affections du nez, du pharynx et du larynx (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

A. Witzel. Mes connaissances sur le traitement des suppurations de l'antre d'Highmore (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

F. Kjelmann. Crises épileptiques provoquées par des troubles des fosses nasales. Deux observations (*Berl. klin. Woch.*, 26 mars 1894).

Küster. Rhinoplastie (XXIII^e Congrès de la Soc. allem. de chir., Berlin, 18 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 7 mai 1894).

M. Bresgen. La céphalalgie dans les affections nasales et pharyngées et son traitement, et, en particulier, de ses rapports avec les irrégularités congénitales et acquises de la cloison nasale (In-8° de 60 pages, A Langhammer, éditeur, Leipzig, 1894).

C. Reuter. Troubles de l'olfaction (*Allg. Wiener med. Woch.*, 15 mai 1894).

M. Hajek. Les affections ethmoïdales et leur importance (*K. K. Gesells. der. Aerzte in Wien*, 4 mai; in *allg. Wien. med. Zeit.*, 15 mai 1894).

L. Lichtwitz. Les affections des sinus ou annexes du nez (*Prager. med. Woch.*, 17, 24 et 31 mai, 7, 14, 21 juin 1894).

Baumgarten. Opérations pour les affections des sinus accessoires du nez (*Pest. med. chir. Presse*, n° 8, 1894).

Bloch. Opération des fibromes de la base du crâne et de l'ethmoïde (*Disser. inaug.*, Wurzburg, 1894).

Bokai. Pseudo-membrane diphthéritique extraite du nez (*Pest. méd. chir. Presse*, n° 6, 1894).

Cohnstädt. Sur les suppurations nasales (*Corresp. Blatt. d. allg. Aerzte Verein v. Thüringen*, n° 2, 1894).

Graf. Sur la position oblique de la cloison nasale (*Dissert. inaug.*, Bonn, 1894).

Herzfeld. Contribution à la pathologie et au traitement de l'empyème des sinus sphénoïdaux (*Arch. f. rhin. Chir.*, XLVII, 1).

Manasse. Polype nasal avec carie des os (*Virchow's Archiv.*, CXXXIII 2).

Mettenheimer. Guérison d'une exostose de la cloison nasale par l'électrolyse (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXVII, 1).

Vladar. Traitement de la rhinite fibrineuse par l'iodoforme (*Pester méd. chir. Presse*, n° 14, 1894).

E. Winckler. Rectification d'une erreur produite par mon article sur le traitement du sinus frontal (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai 1894).

O. Chiari. Sur l'opération des végétations adénoïdes (*Wien. klin. Woch.*, 6 juin 1894).

Scheinmann. Sarcôme naso-pharyngien chez un enfant de 4 ans (*Berl. méd. Gesells.*, 23 mai; in *Berl. klin. Woch.*, 11 juin 1894).

Hansberg. Présentation de moules en plâtre et d'obturateurs d'après des sinus maxillaires morcelés (3^e réunion de la Soc. allem. d'otol., Bonn, 12 mai 1894).

A. Hartmann. Instrument pour détruire et extraire les tumeurs de la cavité naso-pharyngienne (3^e réunion de la Soc. allem. d'otol., Bonn, 13 mai 1894).

W. Lamann. L'écume électrolytique comme courant secondaire d'après des recherches rhinologiques (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juin 1894).

J. Sendziak. Contribution à la casuistique des tumeurs naso-pharyngées (*Monats. f. Ohrenh.*, juin 1894).

Baum. Les fosses nasales et les cavités accessoires chez le cheval (Hirschwald, éditeur, Berlin, 1894).

Haase. Contribution à l'étude des ostéomes du sinus nasal et des fosses nasales (*Dissert. inaug.*, Göttingue, 1894).

Iben. Sur les malformations de la cloison nasale osseuse (*Dissert. inaug.*, Kiel, 1894).

G. Knapp. Mucocèle et empyème des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal comme cause de l'exophtalmie; son extraction de l'orbite (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd 25, h. 3, u. 4, 1894).

Morf. Contribution à la symptomatologie de la rhinite atrophique chronique, avec remarques particulières sur l'affection de l'organe de l'ouïe (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd 25, h. 3, u. 4, 1894).

E. Küster. Un cas de rhinoplastie (*Aerzt. Verein zu Marburg*, 6 décembre 1893; in *Berl. klin. Woch.*, 30 juillet 1894).

Schlosser. Rhinosclérome (*Verein der Aerzte in Steiermark*, 4 juin; in *Wien. klin. Woch.*, 2 août 1894).

F. Fisichenich. Sur l'hématome et la périchondrite primitive de la cloison nasale (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 1, 1894).

- Ed. Aronsohn.** Essai de nomenclature des qualités de l'odorat (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 1, 1894).
- A. Kuttner.** La périchondrite dite idiopathique aiguë de la cloison nasale (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 1, 1894).
- F. Kijewski et W. W. oblewski.** De l'opération des tumeurs nasopharyngiennes (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 1, 1894).
- A. Barth.** Un cas d'épistaxis (*Aerzt. Verein zu Marburg*, 10 janvier; in *Berl. klin. Woch.*, 27 août 1894).
- H. Gutzmann.** Obturateur à main pour empêcher la rhinolithé ouverte (*Berl. klin. Woch.*, 24 septembre 1894).
- J. Czernietzka.** Un cas de rhinite diphthéritique chez un nourrisson (*Prager med. Woch.*, 20 septembre 1894).
- Gosse.** Sur l'empyème du sinus frontal (*Dissert. Inaug.*, Königsberg, 1894).
- Loewenthal.** Sur la rhinolithiase (*Dissert. Inaug.*, Berlin, 1894).
- Zander.** Sur l'empyème de l'antre d'Highmore (*Dissert. Inaug.*, Halle, 1894).
- B. Gomperz.** Sur la production de lipômes dans la muqueuse nasale (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., septembre 1894).
- V. Bardeleben.** Rhinoplasties (*Gesells. der charité Aerzte*, 1^{er} février; in *Berl. klin. Woch.*, 1^{er} octobre 1894).
- Gerber.** Encore du rhinolithé, un produit bactérien (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., octobre 1894).
- H. Burger.** L'empyème de l'antre d'Highmore (*Sammlung klin. Vorträge von Volkmann*, octobre 1894).
- Nasse.** Malformation du nez (*Berl. méd. Gesells.*; in *Berl. klin. Woch.*, 3 décembre 1894).
- M. Hajek.** Affection des sinus (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 30 novembre; in *Wiener klin. Woch.*, 6 décembre 1894).
- Raudnitz.** Perforation de la cloison nasale (*Verein deuts. Aerzte in Prag.*, 23 novembre; in *Prager med. Woch.*, 6 décembre 1894).
- C. Ziem.** Opération des végétations adénoïdes (*Monats. f. Ohrenh.*, novembre 1894).
- L. Réthi.** Etiologie et curabilité de l'ozène (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 2, 1894).
- A. C. Groenbech.** Relation entre l'énurésie nocturne et les végétations adénoïdes naso-pharyngées (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 2, 1894).
- Reinhard.** Un cas de carcinôme épithélial primitif du sinus maxillaire (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 2, 1894).
- G. Killian.** Anatomie du nez de l'embryon humain (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 2, 1894).
- G. Daas.** Appareil pour traiter l'ozène par le massage (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 2, 1894).
- O. Kalischer.** Sur les nerfs des polypes du nez (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 2, 1894).
- Virchow.** Préparation de malformations du nez (*Berl. méd. Gesells.*, 14 novembre; in *Berl. klin. Woch.*, 17 décembre 1894).
- Hessler.** Traitement des végétations adénoïdes au moyen du pharyngotonsillotomie de Schütz (*Archiv. f. Ohrenh.*, Bd 38, h. 1, u. 2, 1894).

- Anton.** Occlusion osseuse congénitale de la choane droite (*Archiv. f. Ohrenh.*, Bd 38, h. 1, u. 2, 1894).
- O. Seifert et M. Kahn.** Atlas histio-pathologique du nez, de la cavité bucco-pharyngée et du larynx (77 figures sur 40 planches en couleurs et 8 dessins. J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1895).
- B. Fraenkel.** Rhinolithé (*Berl. med. Gesells.*, 16 janvier; in *Berl. klin. Woch.*, 28 janvier 1895).
- Felsenthal.** Rhinite fibrineuse (*Munch. med. Woch.*, 15 janvier 1895).
- H. Knapp.** I. Extraction d'un séquestre et d'une dent du fond de la cavité nasale. — II. Observation de kyste séro-muqueux de l'aile du nez (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd 26, h. 2, u. 3, 1894).
- P. J. Pick.** Un cas de rhinosclérome (*Verein. deuts. Aerzte in Prag.*, 23 février; in *Prager med. Woch.*, 7 mars 1895).
- L. Müller.** Empyème des sinus frontaux et ethmoïdaux (*Wiener klin. Woch.*, 14, 21 et 28 mars 1895).
- O. Seifert.** Sur le nosophène (*Wiener klin. Woch.*, 21 mars 1895).
- A. Onodi.** Communications rhino-laryngologiques (*Monats. f. Ohrenh.*, mars 1895).
- Nutsch.** Un cas d'hydropisie du sinus frontal droit (*Prager med. Woch.*, 11 avril 1895).
- G. Noltenius.** 37 cas d'affections séreuses du sinus maxillaire (*Monats. f. Ohrenh.*, avril 1895).
- L. Wroblewski.** Sur les abcès dits aigus de la cloison nasale (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).
- G. Daac.** Dent supplémentaire trouvée dans le larynx (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).
- G. Avellis.** Courtes remarques cliniques sur l'étude de l'empyème du sinus maxillaire (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).
- Kretschmann.** Traitement des scolioles de la cloison par la tréphine (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).
- R. Kafemann.** Obturateur et inhalateur nasal (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 2, h. 3, 1895).
- K. Gussenbauer.** Résection temporaire de la charpente nasale pour dégager les sinus frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux et les cavités orbitaires (*Wiener klin. Woch.*, 23 mai 1895).
- C. Ziem.** Encore à propos de l'éclairage du sinus maxillaire (*Monats. f. Ohrenh.*, mai 1895).
- J. Kastner.** Scélrome du nez et du pharynx (*Wissensch. Aerztegesell. in Innsbruck*, 16 février; in *Wiener klin. Woch.*, 29 mai 1895).
- V. Genser.** Syphilis héréditaire chez un enfant de 3 mois (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*; in *Wiener klin. Woch.*, 29 mai 1895).
- E. Fink.** Importance du rhume de cerveau chez les enfants (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 25 juin 1895).
- Helferich.** Ostéome des fosses nasales (*Greifsvalder med. Verein*; in *Wiener klin. Woch.*, 27 juin 1895).
- C. Biehl.** Contribution à la pathologie des polypes hémorrhagiques du septum (*Monats. f. Ohrenh.*, juin 1895).
- H. Kunt.** Les inflammations des sinus frontaux et leurs suites (In-8° de 26 pages, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1895).

F. Rohrer. Les intoxications, et spécialement les intoxications médicamenteuses dans leurs rapports avec le nez, le pharynx et l'oreille (G. Fischer, éditeur, Iéna, 1895).

T. Koll. Emploi du nosophène en rhinologie et en otologie (*Berl. klin. Woch.*, 22 juillet 1895).

Chrzanowski. Sur l'empyème de l'antre d'Highmore (*Dissert. inaug.*, Königsberg, 1895).

Helbing. Des hématomes du nez (*Dissert. inaug.*, Heidelberg, 1895).

Jacoby. Critique de certaines nouvelles méthodes de traitement de l'ozène et exposé d'un nouveau procédé modifié (*Dissert. inaug.*, Königsberg, 1895).

Krebs. Opération des végétations adénoïdes (*Térap. Monats.*, n° 6, 1895).

Neuhans. Des synéchies intra-nasales (*Dissert. inaug.*, Heidelberg, 1895).

Rosenfeld. Contribution à la statistique des sténoses nasales (*Dissert. inaug.*, de Wurzburg, 1895).

L. Rethi. Fibrôme nasal insolite (*Wiener klin. Rund.*, n° 17 et 21, 1895).

E. Richter. L'inflammation purulente non perforante des sinus frontaux et son traitement opératoire (*Dissert. inaug.*, Leipzig, 1895).

G. Killian. Anatomie du nez de l'embryon humain (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895. Bd 1, 1896).

Hopmann. Anomalies des choanes et de la cavité naso-pharyngienne (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895).

R. Kayser. Mensuration exacte du passage de l'air à travers le nez (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895).

J. Herzfeld et F. Herrmann. Examen bactériologique de 10 cas de suppurations du sinus maxillaire (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895).

Schech. Diagnostic et traitement des suppurations chroniques du sinus frontal (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895).

Klingel. Sur la rhinite caséuse (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895).

L. Hellmann. Carie syphilitique de l'os ethmoïdal. Grattage. Mort par cause cérébrale n'ayant aucun rapport avec l'opération (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 1, u. 2, 1895).

K. Stoerk. Les maladies du nez, du pharynx et du larynx (Un vol. de 334 pages avec 89 figures et 4 planches dans le texte, A. Holder, éditeur, Vienne, 1895).

G. Koschier. Sur la tuberculose nasale (*Wiener klin. Woch.*, 5, 12 et 26 septembre et 2 octobre 1895).

Lindner. Rhinoplastie (*Freie Ver. der chir. Berlins in Berl. klin. Woch.*, 23 septembre 1895).

Israel. Rhinoplastie par la peau du bras et du front (*Freie Ver. der chir. Berlins; in Berl. klin. Woch.*, 23 septembre 1895).

NOUVELLES

Une conférence internationale concernant les services sanitaires et l'hygiène des chemins de fer et de la navigation s'est réunie à Bruxelles les 6, 7 et 8 septembre. Parmi les communications intéressant notre spécialité nous citerons :

GUYE (Amsterdam), et H. ZWAARDEMAKER (Utrecht). — Défectuosités de l'ouïe au point de vue du service des chemins de fer et de la navigation.

HICQUET (Bruxelles). — Dissimulation des troubles de l'ouïe.

POLLNOW (Berlin). — De l'influence du service des locomotives sur l'ouïe des agents desservant les machines.

L'Atlas colorié d'anatomie normale de l'oreille et du nez, du Prof. V. COZZOLINO (de Naples), en quatre planches, présenté à la section otologique du Congrès de Moscou, vient d'être acheté par un éditeur viennois, qui le publiera l'an prochain avec une préface du Prof. POLITZER à qui il est dédié.

L'Association Britannique de laryngo-rhino-otologie a élu son bureau pour 1898 : *Président* : DUNDAS GRANT; *vice-présidents* : F. MARSH, G. L. WILKIN et T. DAVISON; *conseil* : W. MILLIGAN, A. B. KELLY, V. H. WYATT WINGRAVE, W. HILL, P. JAKINS, H. WOODS et LAKE; *trésorier honoraire* : MACNEIL WHISTLER; *secrétaires honoraires* : SAINT-GEORGE REID et F. POTTER.

Le Congrès Français de chirurgie s'est réuni à Paris le 18 octobre dernier, sous la présidence du Prof. GROSS (de Nancy). Nous trouvons à l'ordre du jour :

P. BERGER. — Epithélioma branchiogène et épithélioma aberrant de la thyroïde.

Oreille. — MM. REYNIER, BROCA, JABOULAY et RIVIÈRE, VILLARD et RIVIÈRE, RAUGÉ, MALHERBE.

Crâne, face et cavités. — MM. GIRARD (de Berne), DUBOIS, INGLESSIS, MOULONGUET, ISCH-WALL.

Cou et corps thyroïde. — MM. MAUNY, FAURE, JONNESCO.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉBER, POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze, chimiquement purs à base de potassium, sodium strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

Véritables **GRAINS de SANTE** du **D^r FRANCK**
Aloès 0,08. — Gomme-Gutte 0,03.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie (Manuel de Laryngologie et Rhinologie, publié par P. HEYMANN (fasc. 16, 17 et 18, A. Holder, éditeur, Vienne, 1897).

I. Sur deux opérations de rhinoplastie. — II. Sur un cas de goître rétro-sternal profond opéré par C. GORIS (Extraits des *Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, 1897).

De l'évidement pétro-mastoldien appliqué au traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche, par A. MALHERBE (Extrait de la *Revue de Chir.*, juin 1897).

Essai de traitement rationnel de la tuberculose laryngée, par W. DE WEGLENSKI (Broch. de 112 pages, G. Stanheil éditeur, Paris, 1897).

Les cliniques de l'Université Impériale de Moscou (Ouvrage de 235 p. accompagné de 33 plans, cartonné à l'anglaise, Imprim. de la Soc. Kouschnérew et C^{ie}, Moscou, 1897).

Verzeichniss sämtlicher Praeparate, Drogen und Mineralien mit Erläuterung (Catalogue des diverses préparations, médicaments, eaux minérales, avec explications, de E. MERCK (Un vol. de 306 pages, Darmstadt, 1897).

Néphrites et endocardites chez les adénoïdiens, par P. GALLOIS (*Bull. méd.*, 26 septembre 1897).

Description de la clinique des maladies de l'oreille, du nez, et de la gorge, de l'Université Impériale de Moscou, fondée par M^{me} Julie Bazanova, éditée pour le jour de l'inauguration, par S. VON STEIN (Broch. de 100 pages, avec 45 figures et 7 planches, Imp. de l'Université impériale, Moscou, 1897).

Zur Kenntniss der inneren Kehlkopfmuskeln des Menschen (Contribution à l'étude des muscles internes du larynx humain, par EDM. MEYER (Tirage à part des *Archiv. f. Lar.* Bd. 6, h. 3, 1897).

Ein Fall von traumatischer Neurose (Un cas de névrose traumatique; par J. HABERMANN (Extrait des Comptes rendus de la Soc. d'otol. allemande, Dresde, 4-5 juin 1897).

Bulletin de la Société de Médecine de Rouen (2^e série, volume 10, Rouen, 1897).

Hygiène de l'oreille et des sourds, par GÉLINEAU (In-18° reliure souple, 3 francs. A Maloine, éditeur, Paris, 1897).

La dissection anatomique et histologique de l'organe auditif de l'homme à l'état normal et pathologique, à l'usage des anatomistes, des médecins auristes et des étudiants, par A. POLITZER. Traduction française de F. SCHIFFERS (Vol. de 270 pages, avec 164 figures et une table intercalées dans le texte, Ch. Desver, éditeur à Liège, et O. Doin, éditeur à Paris, 1898).

L'abcès otitique du cervelet (der otitische kleinhirn abscess, par PAUL KOCH (Broch. de 92 pages, O. Enslin, éditeur, Berlin, 1897).

Sur un cas d'extirpation totale du larynx pour carcinôme, par E. SACCHI (Extrait du *Policlinico*, 1897).

Comptes rendus de la Société hongroise d'otologie et laryngologie, par L. POLYAK (Impr. Voromarty, Budapest, 1897).

Progrès de la laryngologie et de la rhinologie pendant 60 ans de règne de la reine Victoria, par SAINT-CLAIR THOMSON (Extrait du *Brit. med. Journ.*, 19 juin 1897).

Chirurgie de la mastoïde. Suppuration chronique de la caisse avec carie pétro mastoïdienne. Complications endo-crâniennes, par Y. ARSLAN (Extrait du *Policlinico*, 1897).

I. La sérothérapie de l'ozène. — II. Angine et rhinite pseudo-diphthérique infectio contagieuse due au bacille de la septicémie des porcs, par Y. ARSLAN (Extrait de l'*Archivio Ital. di otol. rin. le lar.*, fasc. 1-3, 1897).

Compte rendu statistique des malades oto-rhino-laryngologiques du 1^{er} janvier au 31 décembre 1896. Considérations cliniques sur les cas les plus importants, par Y. ARSLAN (Extrait du *Boll. delle mal. dell'Orecchio. Gola e Naso*, n° 5, 1897).

Les affections de l'organe de l'ouïe dans la leucémie (Über Erkrankungen des Gehörorgans bei Leukämie, par SCHWABACH (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.* 1897).

Autoscopie directe de Kirstein, par R. LEVY (Extrait du *Gross med. College Bulletin*, juillet 1896).

Hémorrhagie mortelle du nez et du pharynx de cause inusitée, par R. LEVY (Extrait du *Laryngoscope*, août 1896).

Mouvement aryténoïdien exagéré. Ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne, par R. LEVY (Extrait des *Annals d'opht. and otol.*, octobre 1896).

Education médicale, par R. LEVY (Extrait de *The Colorado State med. Soc. Proceedings*, 1897).

Contribution à l'étude des abcès cérébraux otitiques (Beiträge zur Lehre vom otitischen Hirnabscesse, par F. G. R. WOLFF (*Dissert. Inaug.* Strasbourg, 1897).

VII^e rapport annuel de l'hôpital pour l'œil, l'oreille, le nez et la gorge (Nouvelle Orléans, 1897).

Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses, par F. J. COLLET (Petit in 8° de 180 pages, prix 2 fr. 50, G. Masson, éditeur, Paris, 1897).

Le Gérant : G. MASSON.

